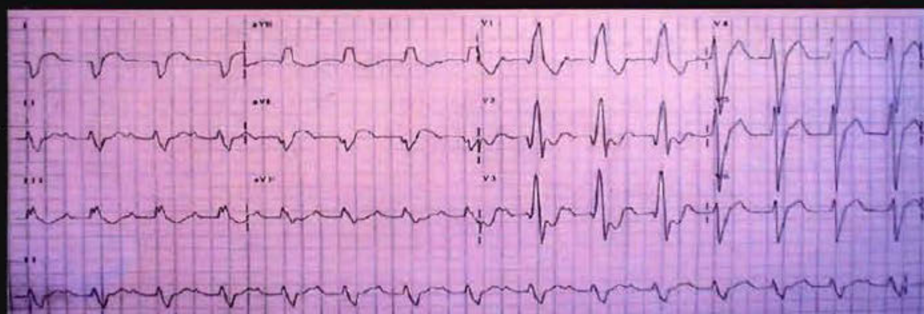
NOUVEAUX DOSSIERS CLINIQUES POUR L'ENC

50 DOSSIERS CLASSIQUES + 10 DOSSIERS TRANSVERSAUX

PSYCHIATRIE-PEDOPSYCHIATRIE APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL



I.GASMAN - C.LEMOGNE

VG
Editions
Vernazobres-Grego

Collection

LES NOUVEAUX DOSSIERS CLINIQUES 2004 « 50 + 10 »

PSYCHIATRIE PEDOPSYCHIATRIE

APPRENTISSAGE DE L'EXERCICE MEDICAL

IVAN GASMAN

Praticien Hospitalier
Ancien Chef de Clinique-Assistant
du Service hospitalo-universitaire de Psychiatrie
de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

CEDRIC LEMOGNE

Interne des Hôpitaux
Service de Psychiatrie adulte
CNRS UMR 7593
Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

Editions VERNAZOBRES-GREGO
99, BD DE L'HOPITAL - 75013 PARIS
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-410-0

COLLABORATEURS DE L'OUVRAGE :

Dr. FLORIN GABROVESCU
(Praticien des Hôpitaux en Psychiatrie de l'adulte. Hôpital La Verrière 78)

VIRGINIE BULOT
(Interne des Hôpitaux - Service de Psychiatrie du Pr. Goudemand CHRU de Lille)

MARYSE LEVY-RUEFF
(Interne des Hôpitaux en Psychiatrie)

SARAH SPORTICHE
(Interne des Hôpitaux en Psychiatrie)

NOTES DE L'AUTEUR

Les spécialités de Psychiatrie et de Pédopsychiatrie occupent une place prépondérante dans les épreuves du concours de l'Internat en médecine, avec pour spécificité la rédaction d'une analyse sémiologique et d'un traitement psychiatrique.

Cet ouvrage a pour fonction d'apporter une méthode d'enseignement et de dissertation propre à la discipline. Tout au long des dossiers, l'étudiant va acquérir une stratégie pédagogique et un certain nombre de réflexes destinés à l'aider à réussir ses épreuves de certificat et du concours de l'Internat.

Chaque question fait l'objet d'une rédaction précise mais suffisamment étayée qui permet au lecteur d'édifier une trame à son cours. Cette rédaction devrait permettre à l'étudiant de faciliter sa rédaction de fiches résumées.

Enfin, une grille de corrections semblable à celles utilisées à l'Internat est proposée aux Externes afin qu'ils puissent se faire une idée des corrections à l'Internat et afin de pouvoir utiliser un document commun comparatif pendant les sous-colles éventuelles.

En espérant que cet ouvrage puisse vous permettre d'aborder d'une façon plus aisée notre spécialité.

IVAN GASMAN

SOMMAIRE

MODULES GENERAUX

MALADIES ET GRANDS SYNDROMES

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT

DOSSIERS TRANSVERSAUX

COMMENTAIRES DE PSYCHIATRIE GENERALE

TABLE DES MATIERES

DOSSIERS CLASSIQUES

DOSSIERS TRANSVERSAUX

DOSSIER 1

Mr X., 48 ans, routier, est amené aux urgences médicales par la police, suite à des menaces de mort à l'encontre de ses voisins. Il explique que «ces salauds» sont de mèche avec sa femme. Il sait que cette dernière lui est infidèle depuis des mois. C'est cet hiver, quand elle a acheté cette paire de gants, qu'il a tout deviné. Il a fait son enquête et les preuves se sont accumulées : note de restaurant, odeur de cigarette... Alors, quand il a aperçu sa femme discutant avec ses voisins, il a compris qu'ils étaient complices... Mais il ne va pas se laisser déshonorer plus longtemps, «il faut que justice se fasse» !

Mme X. signale que son mari la harcèle jour et nuit avec des questions sans fondement. Elle le décrit comme arrogant et intolérant, souvent entêté, et surtout très susceptible, «toujours sur ses gardes». Par ailleurs, il aurait «un problème avec l'alcool» depuis plusieurs années.

L'examen clinique de Mr X. est normal.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostic ? (argumenter)

3) Devant ce tableau, quelle est la mesure médico-légale qui s'impose ?

4) Enumérer les modalités administratives pour prendre cette mesure.

5) Indiquez les diverses mesures thérapeutiques au cours de la première semaine.

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain : sexe masculin, alcoolisme
- Sthénicité envers son épouse et ses voisins avec risque de passage à l'acte hétéro-agressif
- Pas d'élément en faveur d'une organicité
- DELIRE :
  - Evolution chronique
  - Thèmes : jalousie, infidélité, persécution (persécuteurs désignés), complot
  - Mécanismes :
    * intuition primaire délirante («il a tout deviné») : correspond au postulat initial du délire qui va devenir l'idée prévalente
    * interprétatif : des coïncidences («sa femme discutant avec ses voisins») deviennent des preuves irréfutables
  - Systématisé en secteur, c'est-à-dire autour de l'idée prévalente d'infidélité
  - Adhésion totale au délire
  - Participation émotionnelle intense : exaltation passionnelle à l'origine de troubles du comportement : menaces de mort, harcèlement moral...
- Probable personnalité prémorbide de type paranoïaque : orgueil («arrogant»), méfiance («toujours sur ses gardes»), psychorigidité et fausseté du jugement («entêté»), inadaptation sociale («intolérant»)

2) Quel est le diagnostic ? (argumenter)

Délire paranoïaque passionnel de jalousie, entrant dans le cadre des délires chroniques non schizophréniques :

- Idée délirante prévalente d'infidélité du conjoint, avec systématisation en secteur d'un délire chronique essentiellement interprétatif.
- Probable personnalité paranoïaque
- Absence de syndrome dissociatif
- Pas d'arguments pour une organicité des troubles.

3) Devant ce tableau, quelle est la mesure médico-légale qui s'impose ?

Hospitalisation d'Office (loi du 27 juin 1990, article L 3213.1 du code de la Santé Publique).

Cette H.O. est préconisée devant le risque de passage à l'acte hétéro-agressif : «menaces de mort à l'encontre de ses voisins».

Pas d'HDT dans un délire paranoïaque.

4) Enumérer les modalités administratives pour prendre cette mesure.

Procédure normale : arrêté préfectoral prononcé par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin thésé extérieur à l'établissement d'accueil.

5) Indiquez les diverses mesures thérapeutiques au cours de la première semaine.

- Hospitalisation d'office en urgence dans un service psychiatrique fermé
- Mesure de protection des biens en urgence si besoin (sauvegarde de justice)
- Inventaire (fouille des affaires) à l'entrée
- Chimiothérapie per os :
  - Neuroleptique anti-productif : classique type HALDOL cp (5 mg 3 fois par jour) ou atypique type RISPERDAL cp (2 mg 3 fois par jour)
  - Neuroleptique sédatif type NOZINAN cp (25 mg) : 1 cp 3 fois par jour
  - THERALENE : 20 gouttes au coucher
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

N.B. : Remarque valable pour tous les types de psychose :

En pratique, un traitement par neuroleptiques est souvent préconisé en gouttes afin de s'assurer de la prise réelle du traitement.

S'il y a refus par le patient d'un traitement per os, on préconise un traitement par injection intra-musculaire.

Mais pour l'internat, le traitement per os peut se prescrire soit sous forme de comprimés, soit sous forme de gouttes : exemple Largactil : comprimé à 25 mg ou 25 gouttes (1 goutte = 1 mg).

GRILLE DE CORRECTIONS N°1

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain Menaces hétéroagressives Syndrome délirant Probable personnalité sous jacente	5 5 15 5
QUESTION 2 : **15 points**	Délire paranoïaque type passionnel de jalousie Arguments positifs et négatifs	5 5 5
QUESTION 3 : **15 points**	Hospitalisation d'Office Loi du 27 juin 1990 Article L 3213.1 du code de la Santé Publique.	10 2,5 2,5
QUESTION 4 : **20 points**	arrêté préfectoral prononcé par le préfet. au vu d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin thésé	10 5 5
QUESTION 5 : **20 points**	Hospitalisation d'office service psychiatrique fermé Mesure de protection des biens si besoin Inventaire (fouille des affaires) HALDOL® cp (5 mg 3 fois par jour) ou RISPERDAL® cp (2 mg 3 fois par jour) NOZINAN® cp (25 mg) : 1 cp 3 fois par jour THERALENE® : 20 gouttes au coucher Psychothérapie de soutien	2 2 2 3 3 3 2 3

DOSSIER 2

Madame B., célibataire de 55 ans, sans antécédent psychiatrique ni somatique, est amenée par la police aux urgences de l'hôpital. Elle errait dans la rue, parlant toute seule, avec tout son argent en liquide sur elle. Madame B. dit n'avoir plus aucun contact avec ses voisins, qui l'insultent souvent à travers les murs pour l'empêcher de dormir. De plus, ils ont dissimulé du poisson pourri dans son appartement, ce qui l'oblige à s'inonder de parfum. Elle évoque péniblement la voix intérieure de cet homme qui la traite de «garce» et en profite pour «abuser d'elle». Plus que tout, Madame B. ne supporte plus les remarques incessantes sur ses moindres faits et gestes. Même en montant le volume du téléviseur au maximum, elle ne peut s'y soustraire, sans doute à cause des ondes qu'on lui envoie pour s'approprier ses idées et la télécommander.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostic psychiatrique ? (argumenter)

3) Quels éléments font partie du triple automatisme mental ? Lequel manque ici ?

4) Conduite à tenir dans l'immédiat et à distance de l'épisode.

5) Quels sont les modes évolutifs de cette maladie ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain : femme en période ménopausique, sans antécédent psychiatrique ni somatique
- Isolement social : «célibataire», «plus aucun contact avec ses voisins»
- Délire :
  - Chronique
  - Thèmes :
    * persécution : «pour l'empêcher de dormir»
    * influence : «la télécommander»
  - Mécanismes :
    * hallucinations psychosensorielles : auditives acoustico-verbales (insultes à travers les murs), olfactives (odeur de poisson pourri), tactiles (attouchements sexuels : «on abuse d'elle») et cenesthésiques (ondes).
    * Hallucinations psychiques : «voix intérieure», automatisme mental avec vol de la pensée («s'approprier ses idées»), commentaire de la pensée et des actes («remarques incessantes»), syndrome d'influence (se sent télécommandée)
  - Adhésion totale au délire, entraînant des troubles du comportement : fuite du domicile, dialogue hallucinatoire («parlant toute seule»), réactions pathologiques («s'inonder de parfum»)...

2) Quel est le diagnostic psychiatrique ? (argumenter)

Psychose hallucinatoire chronique devant : le terrain (femme en période ménopausique), la chronicité du délire, le mécanisme essentiellement hallucinatoire, la présence d'un syndrome d'automatisme mental et d'un syndrome d'influence, l'absence de syndrome dissociatif.

3) Quels éléments font partie du triple automatisme mental ? Lequel manque ici ?

- Automatisme idéique : désappropriation et mécanisation du langage intérieur avec vol et commentaire de la pensée.
- Automatisme moteur : sensation de gestes imposés (se sent télécommandée)
- Sensations parasites : hallucinations cénesthésiques («ondes qu'on lui envoie»)
- Il manque l'automatisme idéo-verbal : énonciation incoercible de mots, psittacisme...

N.B. : Pour l'internat, on retiendra que le syndrome d'influence, assimilable à un thème, rend compte du vécu subjectif du syndrome d'automatisme mental, assimilable à un mécanisme.

4) Conduite à tenir dans l'immédiat et à distance de l'épisode.

Dans l'immédiat :

- Hospitalisation, sous contrainte si nécessaire, en milieu psychiatrique
- Si besoin, mesure de protection des biens : sauvegarde de justice
- Inventaire systématique à l'entrée et surveillance du risque suicidaire
- Chimiothérapie :
  - Neuroleptique anti-productif : classique type HALDOL (5 mg) 3 cp par jour, ou atypique type RISPERDAL (2 mg) 3 cp par jour ou ZYPREXA (10 mg) 1 cp par jour
  - Neuroleptique sédatif type TERCIAN (25 mg) : 2 à 4 cp par jour
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

A distance :

- Psychothérapie de soutien
- Sociothérapie avec pour but une réinsertion sociale
- Neuroleptique anti-productif à faible dose (HALDOL 5 mg par jour), si besoin en injection en cas de mauvaise observance (forme retard HALDOL DECANOAS : 1 injection toutes les 4 semaines)
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

5) Quels sont les modes évolutifs de cette maladie ?

- Pronostic plutôt favorable car pas d'évolution déficitaire (les capacités intellectuelles sont conservées)
- Traitée :
  - Conservation d'une bonne adaptation professionnelle avec évolution vers un enkystement du délire
  - Rémission du délire, mais il est rarement critiqué
  - Dépression post-psychotique (deuil du délire)
- Non traitée : extension du délire, passage à l'acte médico-légal

GRILLE DE CORRECTIONS N°2

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain Syndrome délirant Chronique Mécanismes, thèmes Adhésion avec troubles du comportement	5 10 5 5 5
QUESTION 2 : **20 points**	P.H.C. Mécanisme hallucinatoire prépondérant Syndrome d'influence Syndrome d'Automatisme mental Terrain	10 5 2 2 1
QUESTION 3 : **10 points**	Automatisme idéique Automatisme moteur Hallucinations cénesthésiques Il manque l'automatisme idéo-verbal	3 2 2 3
QUESTION 4 : **30 points**	Si besoin : mesure de protection des biens Inventaire à l'entrée Surveillance du risque suicidaire HALDOL® (5 mg) 3 cp par jour, ou RISPERDAL® (2 mg) 3 cp par jour TERCIAN® (25 mg) : 2 à 4 cp par jour Psychothérapie de soutien **A distance :** Psychothérapie de soutien Sociothérapie HALDOL® 5 mg par jour	1 3 2 9 3 5 3 2 2
QUESTION 5 : **10 points**	Pronostic plutôt favorable **Traitée :** Enkystement du délire Dépression post-psychotique (deuil du délire) **Non traitée :** extension du délire, passage à l'acte médico-légal	5 2 1 2

DOSSIER 3

Mr A., cadre technico-commercial, est amené par son ami aux urgences de l'hôpital pour prise en charge psychiatrique. Ce célibataire de 38 ans tient depuis plusieurs mois des propos étranges. Il prétend être l'héritier secret d'une grande dynastie. Il affirme avoir déjoué «tous les complots» grâce à son don de «double vue». Son directeur aurait reconnu en lui le sauveur de la planète, ce qui explique sans doute sa promotion récente. Par ailleurs, Mr A déclare avec fierté pouvoir voyager dans le temps grâce à un procédé de son invention. Il est ainsi partout et a découvert que tous les prophètes vivaient en lui, et que sa destinée était universelle. N'a-t-il pas dialogué avec le tout-puissant sur sa nef cosmique ?...

Les révélations de Mr A semblent inépuisables. Sa tenue est adaptée, son ton légèrement exalté. Sommeil et appétit sont conservés. L'examen somatique est sans particularité.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel diagnostic psychiatrique portez-vous ? (argumenter)

3) Citez 2 examens complémentaires particulièrement indiqués dans le cas de Mr A.

4) Citez les diagnostics différentiels.

5) Précisez le traitement et la prise en charge de ce patient.

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain : homme d'âge moyen, bonne adaptation socioprofessionnelle
- Conservation de l'appétit et du sommeil
- DELIRE :
  - Chronique : «depuis plusieurs mois»
  - Richesse des thèmes :
    - * mégalomaniaque : «sauveur de la planète», filiation princière
    - * persécutif : «tous les complots»
    - * ésotérique : «double vue», don d'ubiquité
    - * mystique & messianique : «les prophètes», «le tout-puissant»
    - * cosmique : «nef cosmique»
  - Mécanisme :
    - * Prépondérance de l'imagination
    - * Justifications interprétatives : «ce qui explique sans doute sa promotion»
    - * Appoint hallucinatoire acoustico-verbal : «dialogué avec le tout-puissant»
  - Participation affective au délire avec légère note d'exaltation thymique : humeur congruente au délire
  - Peu systématisé
  - Adhésion forte contrastant avec l'adaptation au réel (ce dont témoigne la promotion)
- Pas de syndrome dissociatif ni confusionnel
- Pas d'agitation psychomotrice

2) Quel diagnostic psychiatrique portez-vous ? (argumenter)

- Délire chronique non schizophrénique de type paraphrénie fantastique
- Paraphrénie : délire chronique non dissociatif, à prédominance imaginative et mégalomaniaque, s'enrichissant à mesure («inépuisable»), dont la richesse contraste avec l'adaptation professionnelle
- Fantastique : délire peu systématisé, appoints hallucinatoire et thymique

3) Citez 2 examens complémentaires particulièrement indiqués dans le cas de Mr A.

- Imagerie cérébrale (TDM ou IRM) : élimine notamment un processus tumoral
- Sérologie VIH : manifestation psychiatrique chez un célibataire de 38 ans, possiblement homosexuel (amené par «son ami»)

4) Citez les diagnostics différentiels.

- Psychose Hallucinatoire Chronique : le mécanisme hallucinatoire prédomine, avec un automatisme mental souvent au premier plan
- Schizophrénie paranoïde à début tardif : syndrome dissociatif
- Origine «somatique», notamment pharmacopsychose

5) Précisez le traitement et la prise en charge de ce patient.

- Hospitalisation en psychiatrie préférable initialement afin de débuter un traitement et d'éliminer une origine organique
- Chimiothérapie neuroleptique à faible dose :
  - Classique, type HALDOL® (5 mg par jour)
  - Ou plus volontiers atypique, type RISPERDAL® (2 à 4 mg par jour) ou ZYPREXA® (10 mg par jour)
- Psychothérapie de soutien
- Sociothérapie +++ : maintenir l'insertion sociale, envisager si besoin une mesure de protection des biens (sauvegarde de justice)
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

NB : Les neuroleptiques sont peu efficaces dans la paraphrénie. On préfèrera un atypique en raison d'une meilleure tolérance, afin de ne pas compromettre l'insertion sociale, jusqu'alors préservée.

GRILLE DE CORRECTIONS N°3

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain Syndrome délirant : Chronique, thèmes, mécanismes, adhésion Peu systématisé, participation affective Pas de syndrome dissociatif	7 9 8 4 2
QUESTION 2 : **15 points**	Délire chronique de type paraphrénie fantastique **Paraphrénie** : délire chronique non dissociatif, à prédominance imaginative et mégalomaniaque **Fantastique** : délire peu systématisé, appoints hallucinatoire et thymique	5 5 5
QUESTION 3 : **10 points**	Imagerie cérébrale (TDM ou IRM) Sérologie VIH	5 5
QUESTION 4 : **15 points**	Psychose Hallucinatoire Chronique Schizophrénie paranoïde à début tardif Origine somatique (pharmacopsychose)	5 5 5
QUESTION 5 : **30 points**	Hospitalisation en psychiatrie HALDOL® (5 mg par jour) Ou RISPERDAL® (2 à 4 mg par jour) Psychothérapie de soutien Sociothérapie	5 10 10 5

DOSSIER 4

Monsieur S., 52 ans, se présente à votre consultation pour obtenir un certificat médical. «Afin de porter plainte» déclare-t-il. Selon lui, on tente de l'empoisonner pour le «faire taire». C'est pourquoi il ne consomme plus que de l'eau minérale et des plats surgelés. Tout a commencé il y a deux ans, après sa mutation professionnelle, «fomentée par le gouvernement». Depuis il a recueilli les indices d'un complot tramé contre lui : les antennes paraboliques de l'immeuble voisin, les sourires hypocrites de ses collègues... Tout concorde. Il y a un mois, à la suite d'un épisode nauséeux inexpliqué, il a deviné qu'on empoisonnait sa nourriture. On veut l'écarter de son nouveau poste où sa rigueur et son opiniâtreté pourraient le mener «à en savoir trop». Ne supportant plus «toutes ces pressions», sa femme a demandé le divorce.

Comme vous lui expliquez que l'examen somatique est normal, il déclare que de toutes façons, il a acheté une arme pour «faire justice» lui-même...

---

1) Posez un diagnostic et faites une analyse sémiologique du texte.

2) Monsieur S. refuse toute hospitalisation. Quelle mesure s'impose ?

3) Quelles sont les pièces nécessaires ?

4) Proposez un traitement pour la première semaine ?

5) Quelle est la conduite à tenir au long cours ?

6) Citez les traits de personnalité souvent retrouvés dans ce tableau.

REPONSES

1) Posez un diagnostic et faites une analyse sémiologique du texte.

- Délire chronique paranoïaque : délire d'interprétation systématisé (Sérieux & Capgras)
- Terrain : homme d'âge mûr sans antécédent psychiatrique
- Risque de passage à l'acte hétéro-agressif : «il a acheté une arme»
- Traits de personnalité paranoïaque : hypertrophie du moi (fait son propre éloge), psychorigidité et fausseté du jugement («sa rigueur et son opiniâtreté»)
- Délire :
  - Chronique : «Tout a commencé il y a deux ans»
  - Mécanisme :
    - * essentiellement interprétatif : interprétations exogènes (« les indices») et endogènes («à la suite d'un épisode nauséeux»)
    - * intuitif : «fomentée par le gouvernement»
  - Thème :
    - * mégalomaniaque : «en savoir trop»
    - * persécutif : «complot»
  - Systématisé (cohérent) en réseau (tous les «secteurs» sont touchés : social, professionnel, affectif...)
  - Adhésion totale au délire ce dont témoigne les troubles du comportement (plainte, achat d'une arme...) et l'exaltation passionnelle («faire justice»)

2) Monsieur S. refuse toute hospitalisation. Quelle mesure s'impose ?

Hospitalisation d'Office selon l'article L3213.1 du code de la Santé Publique et la loi du 27 juin 1990. L'HO concerne des patients dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Ici, risque majeur de passage à l'acte hétéro-agressif.

(l'HDT est contre-indiquée : elle expose le tiers à la rancune du patient et à d'éventuelles représailles).

3) Quelles sont les pièces nécessaires ?

- Carte d'identité du patient
- Certificat médical circonstancié, rédigé par un médecin thésé.
- Arrêté préfectoral émis par le préfet de police à Paris ou les préfets ailleurs, au vu du certificat médical

4) Proposez un traitement pour la première semaine ?

- Hospitalisation d'office en urgence en milieu psychiatrique (service fermé)
- Inventaire soigneux à l'entrée
- Chimiothérapie :
  - neuroleptique anti-productif :
    - Classique type HALDOL® (5 mg 3 fois par jour)
    - Ou atypique type RISPERDAL® (4 à 8 mg par jour)
  - neuroleptique sédatif type TERCIAN® (150 à 300 mg par jour)
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance du risque suicidaire et de passage à l'acte hétéro-agressif
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

5) Quelle est la conduite à tenir au long cours ?

- Problème : la compliance au traitement et le suivi en consultation
- Solution : prise en charge sectorielle avec, si besoin, visites à domicile
- Chimiothérapie neuroleptique anti-productive à dose d'entretien type HALDOL® (5 à 10 mg par jour) ou RISPERDAL® (2 à 4 mg par jour) ; sous forme retard si le patient accepte (HALDOL® DECANOAS : 1 injection IM toutes les 4 semaines)
- Psychothérapie de soutien visant à obtenir une compliance maximale
- Sociothérapie : maintien de l'insertion professionnelle, sociale et familiale
- Eviter la possession d'armes
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

6) Citez les traits de personnalité souvent retrouvés dans ce tableau.

Personnalité paranoïaque :
- Méfiance : réticence, susceptibilité...
- Surestimation de soi : hypertrophie du «moi», orgueil...
- Psychorigidité : fausseté du jugement (interprétations fausses), intolérance tyrannique...
- Inadaptation sociale : isolement, parfois leader d'un groupe marginalisé

GRILLE DE CORRECTIONS N°4

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 30 points	Délire paranoïaque d'interprétation systématisé (Sérieux & Capgras)	10
	Terrain	2
	Risque de passage à l'acte hétéro-agressif	5
	Traits de personnalité paranoïaque	3
	Syndrome délirant :	2
	Chronique	2
	Mécanismes, thèmes	3
	Systématisé, adhésion	3
QUESTION 2 : 10 points	Hospitalisation d'Office	5
	Selon l'article L3213.1 du code de la Santé Publique Loi du 27 juin 1990.	3
	Car risque majeur de passage à l'acte hétéro-agressif.	2
QUESTION 3 : 20 points	Carte Nationale d'Identité du patient	5
	Certificat médical rédigé par un médecin thésé.	10
	Arrêté préfectoral émis par le préfet de police à Paris ou les préfets ailleurs	5
QUESTION 4 : 20 points	Hospitalisation d'office en urgence	3
	En milieu psychiatrique (service fermé)	3
	Inventaire à l'entrée	3
	HALDOL® (5 mg 3 fois par jour)	3
	Ou atypique type RISPERDAL® (4 à 8 mg par jour)	
	TERCIAN® (150 à 300 mg par jour)	3
	Psychothérapie de soutien	3
	Surveillance du risque suicidaire et de passage à l'acte hétéro-agressif	2
QUESTION 5 : 10 points	Prise en charge sectorielle	3
	HALDOL® (5 à 10 mg par jour) ou RISPERDAL® (2 à 4 mg par jour) ; sous forme retard si le patient accepte (HALDOL DECANOAS® : 1 injection IM toutes les 4 semaines)	4
	Psychothérapie de soutien	1
	Sociothérapie : maintien de l'insertion	1
	Eviter la possession d'armes	1
QUESTION 6 : 10 points	**Personnalité paranoïaque :**	3
	Méfiance : réticence, susceptibilité…	2
	Surestimation de soi	2
	Fausseté du jugement (interprétations fausses)	2
	Inadaptation sociale : isolement	1

DOSSIER 5

Monsieur H., 23 ans, consulte aux urgences, accompagné par sa sœur. Il pense être victime d'un «écrasement de cerveau». Il y a un an, il a ressenti un «complot électrique». Depuis, ses pensées seraient espionnées et ses actes contrôlés. Son cerveau aurait rétréci sous l'influence d'ondes néfastes. Il craint d'être «définitivement neurotisé».

Sa sœur vous explique que son frère est devenu bizarre après son inscription en licence, il y a trois ans, diplôme qu'il n'a toujours pas obtenu. Il a depuis progressivement délaissé loisirs et amis, et prétend étudier l'alchimie et la télépathie. Autrefois d'un naturel social et enjoué, il ne quitte plus sa chambre, où il a recouvert chaque prise électrique d'adhésif noir. Il s'éclaire à la bougie. Mr H. s'en explique : «ils manigancent mon esprit par l'électricité ; je les entends se moquer de moi en permanence».

Curieusement, Mr H. est souriant, comme indifférent. Son discours est flou et difficile à suivre, d'autant plus qu'il s'interrompt parfois sans raison au milieu d'une phrase. Ses gestes empruntés contrastent avec sa tenue négligée et son hygiène médiocre.

Il refuse l'hospitalisation.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostic psychiatrique ? (argumentez)

3) Quel type d'hospitalisation proposez-vous ?

4) Quelles sont les pièces administratives et médicales nécessaires ?

5) Quelle est la prise en charge thérapeutique de ce patient pour la première semaine ?

6) Quelle est la prise en charge au long cours ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain : Jeune homme sans antécédent psychiatrique
- Repli autistique avec isolement social chronique : a «délaissé loisirs et amis»
- Syndrome dissociatif :
  - Intellectuel :
    * Trouble du cours de la pensée : barrages («s'interrompt [...] au milieu d'une phrase»), discours diffluent et hermétique («flou et difficile à suivre»)
    * Troubles du contenu de la pensée : rationalisme morbide («par l'électricité»), adhésion à des croyances ésotériques (alchimie, télépathie...)
    * troubles du langage : néologisme («neurotisé»), paralogisme («ils manigancent mon cerveau»)
    * Chute du rendement scolaire
  - Affectif : discordance avec paramimie (sourire immotivé), changement de caractère, attitude d'indifférence affective
  - Psychomoteur :
    * Claustromanie : «ne quitte plus sa chambre»
    * Maniérisme : «gestes empruntés»
    * Paramimie
    * Incurie : «hygiène médiocre»
- Syndrome délirant :
  - Probablement chronique
  - Paranoïde : non systématisé, incohérent
  - Polymorphe dans ses mécanismes :
    * Hallucinations psychosensorielles : cénesthésiques («ondes néfastes»), probablement acoustico-verbales («je les entends»)
    * Hallucinations psychiques à type de devinement de la pensée et d'actes imposés entrant dans le cadre d'un automatisme mental avec syndrome d'influence
    * Intuition & imagination : «complot électrique»
  - Polymorphe dans ses thèmes : dépersonnalisation, transformation corporelle et hypocondrie («écrasement de cerveau»), persécution («complot»), influence («actes contrôlés»)
  - Adhésion totale, ce dont témoigne les troubles du comportement : réactions pathologiques («il a recouvert toutes les prises électriques d'adhésif noir»), repli autistique

2) Quel est le diagnostic psychiatrique ?

- Schizophrénie paranoïde
- Arguments :
  - Sujet jeune en rupture nette avec son fonctionnement antérieur
  - Syndrome dissociatif massif
  - Délire paranoïde avec automatisme mental et syndrome d'influence
  - Repli autistique
  - Absence d'argument pour une origine organique ou toxique

3) Quel type d'hospitalisation proposez-vous ?

Hospitalisation sous contrainte sur demande d'un tiers (famille) : selon la loi du 27 juin 1990 et l'article L 3212.1 :

- Peu de risque pour le tiers
- Opposition du patient à une hospitalisation
- Troubles mentaux avec état imposant des soins immédiats

4) Quelles sont les pièces administratives et médicales nécessaires ?

Trois pièces :

- Demande d'admission émanant d'un tiers :
  - Manuscrite sur papier libre
  - Numéro de carte d'identité (tiers et patient)
- Deux certificats médicaux :
  - Dont le premier établi obligatoirement par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil
  - Doivent être rédigés par un médecin thésé, inscrit au conseil de l'ordre

(En cas de péril imminent, la demande d'admission et le second certificat médical peuvent suffire : article L 3212.3 du code de la santé publique)

5) Quelle est la prise en charge thérapeutique de ce patient pour la première semaine ?

Hospitalisation à la demande d'un tiers en psychiatrie, en urgence

- Bilan somatique clinique et paraclinique
- Chimiothérapie neuroleptique anti-productive classique (HALDOL® 15 mg par jour) ou atypique (RISPERDAL® ou ZYPREXA®)
- Si besoin : neuroleptique sédatif type TERCIAN® 75 à 150 mg par jour
- Si insomnie : hypnotique type THERALENE® 30 gouttes au coucher
- Psychothérapie de soutien individuelle ; soutien et information de la famille
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

6) Quelle est la prise en charge au long cours ?

- Sociothérapie avec réorientation scolaire et exonération du ticket modérateur ; envisager une Allocation Adulte Handicapé
- Prise en charge institutionnelle sur son secteur (type hôpital de jour)
- Psychothérapie de soutien avec suivi régulier
- Chimiothérapie neuroleptique à faible dose
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

GRILLE DE CORRECTIONS N°5

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 25 points	Terrain	5
	Syndrome dissociatif (intellectuel, affectif, moteur)	8
	Syndrome délirant (paranoïde, adhésion, hallucinatoire)	8
	Repli autistique	4
QUESTION 2 : 15 points	Schizophrénie paranoïde	10
	Arguments	5
QUESTION 3 : 10 points	Hospitalisation sous contrainte sur demande d'un tiers (famille) : HDT	3
	Selon la loi du 27 juin 1990 modifiée	3
	Article L 3212.1 du Code de la Santé Public	3
	Arguments	1
QUESTION 4 : 10 points	**Trois pièces :**	
	Demande d'admission émanant d'un tiers : Manuscrite sur papier libre	4
	Deux certificats médicaux	5
	Numéro de carte d'identité (tiers et patient)	1
QUESTION 5 : 25 points	Hospitalisation en psychiatrie, en urgence	5
	Bilan somatique clinique et paraclinique	3
	HALDOL® 15 mg par jour	7
	Si besoin TERCIAN® 75 à 150 mg par jour	3
	Si insomnie : THERALENE® 30 gouttes au coucher	1
	Psychothérapie de soutien, information de la famille	6
QUESTION 6 : 15 points	Sociothérapie avec réorientation scolaire	2
	Envisager une Allocation Adulte Handicapé	2
	Mise à 100 %	2
	Prise en charge institutionnelle sur son secteur (type hôpital de jour)	5
	Psychothérapie de soutien avec suivi régulier	2
	Chimiothérapie neuroleptique à faible dose	2

DOSSIER 6

Monsieur R., 18 ans, est amené par ses parents à la consultation de psychiatrie de son secteur. Bien qu'en désaccord sur le début exact des troubles, père et mère s'accordent pour dire que leur fils n'est plus le même depuis plus d'un an. Même pour quelqu'un d'habituellement distant et réservé, il est devenu excessivement froid et renfermé. Il ne voit plus ses amis et ne quitte plus guère sa chambre, où il reste allongé de longues heures à ne rien faire. De plus, lui qui était un élève studieux, triple son année de première S, et a reçu un avertissement pour absentéisme. Quand on s'exaspère de son mutisme, il a parfois des explosions de violence incontrôlable.

A l'entretien, monsieur R. refuse de serrer la main du psychiatre et reste inexpressif. Ses réponses sont aussi rares qu'incohérentes. Il déclare ne pas vouloir être séparé de ses parents, qu'il souhaiterait voir morts. Son hygiène est médiocre et son attitude figée. A deux reprises, il quitte brusquement son siège, fait quelques pas, puis se rassoit avec un sourire étrange.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostic ? (argumentez)

3) Quel axe sémiologique manque à cette observation ?

4) Quel diagnostic différentiel aurait-on pu discuter ?

5) Quel traitement doit-on mettre en route ?

6) Donnez les symptômes «négatifs» de cette pathologie.

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Jeune homme de 18 ans
  - Troubles chroniques : «depuis plus d'un an»
  - Début insidieux : «désaccord sur le début exact des troubles»
  - Personnalité prémorbide probablement schizoïde : froideur affective, pauvreté des contact («habituellement distant et réservé»)
- Repli autistique avec isolement social
- Troubles du comportement : absentéisme, violence, incurie, clinophilie
- Syndrome dissociatif :
  - Dissociation intellectuelle :
    * déclin scolaire
    * pauvreté et incohérence du discours
  - Dissociation affective :
    * Athymhormie : émoussement affectif («froid et renfermé») associé à une perte de l'élan vital
    * Discordance affective : changement de caractère («n'est plus le même»), paramimie (cf. dissociation psychomotrice) et amimie
    * Ambivalence affective : désirs contradictoires au sujet des parents
  - Dissociation psychomotrice (syndrome catatonique) :
    * Apragmatisme («de longues heures à ne rien faire») avec claustromanie, clinophilie et incurie («hygiène médiocre»)
    * paramimies avec sourires immotivés («sourire étrange»), amimie
    * négativisme : refus de la main tendue, mutisme, attitude figée
    * hyperkinésies paradoxales : «explosions de violence», «quitte brusquement son siège»
- Pas d'argument pour une origine organique ou toxique

2) Quel est le diagnostic ? (argumentez)

Schizophrénie de type hébéphrénique (ou hébéphréno-catatonique) devant :

- Début précoce et insidieux, évolution chronique
- Tableau déficitaire au premier plan en rapport avec un syndrome dissociatif massif
- Pas d'élément délirant patent
- Pauvreté de la vie affective et des contacts sociaux
- Syndrome catatonique

3) Quel axe sémiologique manque à cette observation ?

Axe thymique : recherche d'un syndrome dépressif
- Humeur dépressive
- Idéation suicidaire
- Troubles cognitifs
- Ralentissement psychomoteur
- Signes somatiques

4) Quel diagnostic différentiel aurait-on pu discuter ?

- Syndrome dépressif mélancolique : déclin scolaire avec apragmatisme et isolement social
- Syndrome dissociatif et chronicité des troubles vont à l'encontre de ce diagnostic

5) Quel traitement doit-on mettre en route ?

- Hospitalisation en Psychiatrie si besoin sous contrainte
- Inventaire à l'entrée et surveillance d'un risque suicidaire
- Examens clinique et paraclinique éliminant une cause «organique»
- Chimiothérapie : neuroleptique désinhibiteur type SOLIAN® (à posologie anti-déficitaire : 50 à 250 mg par jour)
- Psychothérapie de soutien
- Soutien et information de la famille
- Sociothérapie : prise en charge institutionnelle sur le secteur (type hôpital de jour), réinsertion socioprofessionnelle (réorientation scolaire), exonération du ticket modérateur (100 %), demande d'Allocation Adulte Handicapé
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

6) Donnez les symptômes «négatifs» de cette pathologie

Symptômes négatifs (déficits des fonctions cognitives, sociales et affectives) :
- Apathie et Apragmatisme
- Retrait social
- Anhédonie (absence de plaisir)
- Pauvreté du contact
- Ralentissement moteur (lenteur du mouvement)
- Emoussement affectif (manque de participation affective)

GRILLE DE CORRECTIONS N°6

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Terrain, personnalité schizoïde	5
	Repli autistique	3
	Syndrome dissociatif :	2
	Intellectuel, affectif	8
	Syndrome catatonique	5
	Pas de trouble organique	2
QUESTION 2 : **20 points**	**Schizophrénie de type hébéphréno-catatonique** :	12
	Début précoce, évolution chronique	2
	Tableau déficitaire au premier plan	2
	Pas d'élément délirant patent	2
	Syndrome catatonique	2
QUESTION 3 : **10 points**	Axe thymique : recherche d'un syndrome dépressif	10
QUESTION 4 : **10 points**	Syndrome dépressif mélancolique	10
QUESTION 5 **15 points**	Hospitalisation en Psychiatrie	2
	Inventaire à l'entrée, surveillance risque suicidaire	2
	Examens clinique et paraclinique	2
	SOLIAN® : 50 à 250 mg par jour	4
	Psychothérapie de soutien	1
	Soutien et information de la famille	1
	Sociothérapie : prise en charge institutionnelle sur le secteur (type hôpital de jour)	1
	Mise à 100 %, Allocation Adulte Handicapé	2
QUESTION 6 : **20 points**	Apragmatisme	4
	Retrait social	4
	Anhédonie (absence de plaisir)	4
	Pauvreté du contact	4
	Ralentissement moteur (lenteur du mouvement)	4

DOSSIER 7

Le jeune Oscar P., 3 ans 6, est adressé à votre consultation de Pédopsychiatrie sur les conseils de la crèche. La famille s'inquiète devant l'absence de langage et la recrudescence actuelle de coups et blessures que l'enfant s'inflige (se tape violemment la tête contre les murs). Grossesse et accouchement sans particularité (PN : 3 700 gr, Pc : 34 cm, Taille : 51 cm, APGAR : 9/10). A l'entretien avec la famille, on apprend qu'Oscar a toujours été un enfant sans problème, plutôt sage, pouvant rester des heures dans son lit à ne rien faire. Oscar ne tient qu'à une seule chose, un cahier qu'il emmène partout avec lui. Sa chambre reste inchangée tous les jours afin d'éviter des scènes de violences de sa part (griffes, morsures, cris...). Enfin, Oscar ne peut manger que des aliments mixés et uniquement certains types d'alimentation.

A l'examen, Oscar se ballade devant le bureau, marchant sur la pointe des pieds. Il semble fasciné par un stylo posé sur la table et à plusieurs reprises le renifle. Il finit par s'asseoir et lance par moments quelques regards. Le reste du temps, il se balance ne répondant pas à vos questions. L'examen clinique retrouve une hypotonie de tout le corps et une maigreur.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte. Quel est le diagnostic ?

2) Quels sont les diagnostics différentiels à éliminer ?

3) Vous préconisez une hospitalisation, quel bilan complet allez-vous proposer ?

4) Quel est le traitement à entreprendre ?

5) Quelle complication médicale peut-on voir dans ce type de pathologie ?

REPONSE

1) Faites une analyse sémiologique du texte. Quel est le diagnostic ?

- Terrain : jeune garçon sans antécédent personnel
- Absence de souffrance néonatale
- Bon déroulement de la grossesse
- Isolement autistique :
  - Bébé trop sage
  - Indifférent aux adultes : «pouvant rester des heures dans son lit»
  - Pas de contact oculaire : «lance par moment quelques regards»
  - Isolement sensoriel : auditif : «ne répond pas à vos questions»
- Immuabilité : intolérance aux changements : «sa chambre reste inchangée...»
- Troubles du langage : «absence de langage»
- Troubles moteurs :
  - Hypotonie généralisée
  - Stéréotypies motrices : «balancements»
  - Marche sur la pointe des pieds (assez typique de l'autisme)
- Auto-agressivité avec automutilations en recrudescence : «coups et blessures»
- Fascination pour un objet : «semble fasciné par un stylo»
- Conduite de flérage : «renifle le stylo»
- Objet «autistique» : «un cahier qu'il emmène partout»
- Maigreur avec sélection alimentaire et alimentation mixée

2) Quels sont les diagnostics différentiels à éliminer ?

- Retard mental
- Surdité
- Dysphasie (de type réceptif) : trouble sévère du langage : absence quasi-totale de langage
- Carence affective ou éducative majeure
- Aphasie acquise : syndrome de Landau et Kleffner
- Syndrome Autistique secondaire à une étiologie organique :
  - Syndrome de l'X fragile
  - Phacomatoses (Sclérose tubéreuse de Bourneville, Maladie de Recklinghausen)
  - Syndrome de West
  - Toxoplasmose congénitale, Phénylcétonurie, Encéphalopathie de la rubéole congénitale

3) Vous préconisez une hospitalisation, quel bilan complet allez vous proposer ?

- Hospitalisation en Pédopsychiatrie dans une équipe multidisciplinaire
- Bilan somatique avec entretien parental
- Examen clinique (en particulier neurologique et dermatologique) : afin d'éliminer un diagnostic différentiel :
  - Recherche de tâches café au lait (Recklinghausen)
  - Crises épileptiques, troubles neurologiques
- Examens complémentaires :
  - IRM cérébrale
  - EEG standard
  - Bilan sanguin, Caryotype, XqFra (recherche du gène defectueux en biologie moléculaire)
  - Potentiel Evoqué Auditif
  - Recherche d'une maladie métabolique
- Evaluation psychiatrique : entretiens avec les parents, avec l'enfant : évaluation de l'âge de développement
- Evaluation psychologique : QI, capacités de socialisation
- Examen orthophonique : développement du langage et de la communication non verbale
- Observation éducative : socialisation, apprentissages
- Examen psychomoteur

4) Quel est le traitement à entreprendre ?

- Orientation scolaire
- Prise en charge multidisciplinaire :
  - Psychothérapie institutionnelle :
    - Educative
    - Rééducation Orthophonique
    - Rééducation Psychomotrice
    - Guidance parentale
  - Psychothérapie de soutien à la famille
  - Sociothérapie :
    - Mise à 100 %
    - Allocation d'Education Spécialisée
    - Orientation vers un établissement spécialisé

Chimiothérapie :

* ici, troubles du comportement à type d'agressivité, on peut proposer un traitement par neuroleptique sédatif, en sachant qu'il existe un risque d'effets secondaires au long cours (dyskinésie tardive).

- TERCIAN :
  * posologie en fonction du poids et de la clinique
  * à stopper progressivement à l'arrêt des troubles du comportement

5) Quelle complication médicale peut-on voir dans ce type de pathologie ?

L'épilepsie : la prévalence de cette affection augmente avec l'âge de l'autiste

GRILLE DE CORRECTIONS N°7

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 30 points	Jeune garçon, Absence de souffrance néonatale	3
	Isolement autistique	3
	Immuabilité	3
	Troubles du langage	3
	Hypotonie, stéréotypies motrices	3
	Marche sur la pointe des pieds	3
	Auto-agressivité, fascination pour un objet	3
	Conduite de flérage	3
	Objet «autistique»	3
	Maigreur avec sélection alimentaire	3
QUESTION 2 : 10 points	Retard mental	2
	Surdité	1
	Dysphasie	2
	Carence affective ou éducative majeure	2
	Aphasie acquise : syndrome de Landau et Kleffner	1
	Syndrome Autistique secondaire à une étiologie organique : ex. Syndrome de l'X fragile	2
QUESTION 3 : 25 points	Hospitalisation en Pédopsychiatrie	3
	Bilan somatique	2
	IRM cérébrale, EEG standard	4
	Bilan sanguin, Caryotype, biologie moléculaire	2
	Potentiel Evoqué Auditif	1
	Recherche d'une maladie métabolique	1
	Evaluation psychiatrique : parents, enfant	4
	Evaluation psychologique	2
	Examen orthophonique	2
	Observation éducative : apprentissages	2
	Examen psychomoteur	2

…/…

QUESTION 4 : **25 points**	Orientation scolaire Psychothérapie institutionnelle (rééducations) Psychothérapie de soutien à la famille Sociothérapie : mise à 100 % Allocation d'Education Spécialisée Orientation vers un établissement spécialisé TERCIAN® : prescription ponctuelle	2 10 3 2 2 2 4
QUESTION 5 : **10 points**	L'épilepsie	10

DOSSIER 8

Mlle B., 19 ans, est adressée aux urgences par son médecin traitant. Depuis son retour de Katmandou il y a 3 jours, elle souffre de difficultés d'endormissement, et se montre particulièrement irritable. Ce matin, ses parents décrivent l'apparition brutale de propos incohérents. Ceux-ci s'inscrivent dans une alternance de moments d'exaltation et de repli.

A l'entretien, la patiente ne tient pas en place. Elle s'immobilise parfois brutalement pour scruter la fenêtre pendant quelques secondes, l'air «ailleurs». Elle sent qu'on a remplacé son utérus par une émeraude, signe de sa divine ascendance. Au journal télévisé, elle a appris qu'un démon la manipulait comme une marionnette. D'ailleurs, elle l'entend qui répète sans fin ses pensées. Mlle B. ne semble pas prêter attention aux questions qu'on lui pose, ou les éludent : «de toutes façons, vous savez tout !». Elle refuse d'être hospitalisée dans «cet hôpital factice», car elle craint d'y être empoisonnée.

L'examen clinique est normal. Mlle B. a été reçue il y a un mois au concours de PCEM 1. Son frère est suivi depuis peu pour un trouble bipolaire de l'humeur.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostic ?

3) Proposez un traitement pour la première semaine.

4) Relevez les éléments de bon pronostic dans cette observation.

5) Quels examens complémentaires pourraient être justifiés ? (citez-en trois)

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Jeune femme sans antécédent psychiatrique personnel
  - Antécédent familial de trouble bipolaire au 1er degré
  - facteurs déclenchants possibles : voyage au Népal (consommation de stupéfiants ?), réussite au concours de PCEM 1...
- Absence de syndrome confusionnel en dépit d'une légère obnubilation de la conscience («ne semble pas prêter attention») en rapport avec l'expérience hallucinatoire intense
- Absence d'argument clinique en faveur d'une origine organique ou toxique
- Insomnie
- Syndrome délirant :
  - Aigu
  - Brutal
  - Non systématisé
  - Polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes
  - Thèmes :
    * Transformation corporelle (utérus remplacé par une émeraude), hypocondrie
    * Mégalomanie, filiation divine («divine ascendance»)
    * Mystique («un démon»)
    * Influence : («comme une marionnette»)
    * Persécution («être empoisonnée»)
  - Mécanismes :
    * Intuitif et imaginatif (crainte d'être empoisonnée)
    * Hallucinations psychosensorielles : visuelles ? («scruter la fenêtre», «au journal télévisé»), cénesthésiques («sent qu'on a remplacé son utérus»), acoustico-verbales ? («elle l'entend»)
    * hallucinations psychiques : devinement («vous savez tout») et écho («répète sans fin ses pensées») de la pensée, sensation d'actes imposés («comme une marionnette») entrant dans le cadre d'un automatisme mental responsable d'un syndrome d'influence
  - Entraînant une adhésion totale, ce dont témoignent les troubles du comportement : agitation psychomotrice
  - Participation thymique intense avec labilité de l'humeur entre exaltation euphorique et sidération anxieuse

2) Quel est le diagnostic ?

Psychose aiguë (bouffée délirante aiguë) :
- Jeune femme présentant un délire aigu à début brutal
- Automatisme mental et syndrome d'influence
- Absence de systématisation avec polymorphisme des thèmes et des mécanismes
- Absence d'antécédent psychiatrique (classique «coup de tonnerre dans un ciel serein»)

3) Proposer un traitement pour la première semaine.

- Hospitalisation en urgence en milieu psychiatrique, sous contrainte si nécessaire.
- Mesure de protection des biens : sauvegarde de justice en urgence
- Chimiothérapie :
  - Neuroleptique anti-productif :
    - Classique type HALDOL® (5 mg) 3 cp par jour
    - Ou atypique type SOLIAN® à posologie anti-productive (400 à 1 200 mg par jour en 2 prises), RISPERDAL® ou ZYPREXA®
  - Si besoin : neuroleptique sédatif type TERCIAN® (25 mg) 3 cp par jour
  - Si besoin : hypnotique type THERALENE® (30 gouttes au coucher)
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement : risque suicidaire, PA, état d'hydratation, température
- Soutien et information de la famille.

4) Relevez les éléments de bon pronostic dans cette observation.

- Facteurs déclenchants
- Début brutal
- Bonne participation affective
- Absence de personnalité prémorbide patente
- Richesse du délire
- Absence de syndrome dissociatif
- Antécédent familial de trouble bipolaire au 1er degré
- Note «confusionnelle» avec légère obnubilation de la conscience

5) Quels examens complémentaires pourraient être justifiés ? (citez-en trois)

- Imagerie cérébrale (TDM ou IRM), systématique devant un premier épisode psychotique
- Recherche de toxiques
- Sérologie VIH

GRILLE DE CORRECTIONS N°8

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 30 points	Terrain	5
	Pas d'origine organique	5
	Syndrome délirant (thèmes)	5
	Mécanismes	5
	Adhésion totale	5
	Versatilité de l'humeur	5
QUESTION 2 : 20 points	Psychose aiguë	15
	Arguments	5
QUESTION 3 : 20 points	Hospitalisation	3
	Sauvegarde de justice	3
	Chimiothérapie	5
	Psychothérapie de soutien	3
	Surveillance (risque suicidaire)	3
	Soutien à la famille	3
QUESTION 4 : 15 points	Facteurs déclenchants	2
	Début brutal	2
	Bonne participation affective	2
	Pas de personnalité	2
	Richesse du délire	2
	Absence de syndrome dissociatif	2
	Antécédent familial	2
	Note confusionnelle	1
QUESTION 5 : 15 points	Imagerie cérébrale	5
	Recherche de toxiques	5
	Sérologie VIH	5

DOSSIER 9

Madame X., 31 ans, consulte en compagnie de son mari pour troubles du comportement. Cette cadre supérieure vous annonce qu'elle consulte à la suite d'un licenciement pour absentéisme. Avec une réticence certaine, elle déclare passer «plus de temps que de raison» à se laver les mains. Elle précise qu'elle agit ainsi en réaction à une peur envahissante de véhiculer des microbes. «Cela fait dix ans que ça dure» avoue-t-elle. Elle reconnaît volontiers le caractère excessif de ses craintes récurrentes, mais explique ne pas parvenir à les chasser. Au début, il lui suffisait de se savonner les mains pour être soulagée. Maintenant, elle doit procéder à plusieurs lavages successifs, selon un «protocole» ne souffrant aucun écart.

Monsieur X., excédé, vous explique que son épouse perd ainsi plusieurs heures par jour, s'astreignant à des horaires monastiques, ce qui ne l'empêche pas d'arriver en retard à son travail. Il décrit son épouse comme méthodique et ordonnée, mais parfois entêtée.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostic psychiatrique ? (argumentez)

3) Dans la conception psychanalytique, quels sont les mécanismes de défense mis en jeu dans cette pathologie ?

4) Quelles sont les complications à redouter ?

5) Quelle chimiothérapie proposez-vous ?

6) Quelle psychothérapie proposez-vous ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Adulte jeune, début des troubles vers 20 ans («dix ans que ça dure»)
  - Traits de personnalité obsessionnelle (anankastique) : méticulosité («méthodique», goût de l'ordre («ordonnée»), entêtement («entêtée»)
- Obsessions phobiques à thème de contamination
  - * Intrusives et incoercibles : «peur envahissante»
  - * Répétitives et stéréotypées : «récurrentes»
  - * Egodystoniques, reconnues comme absurdes : «reconnaît volontiers le caractère excessif»
  - * Entraînant une lutte anxieuse : «explique ne pas parvenir à les chasser»
- Compulsions à type de rituel de lavage
  - * Incoercibles : «elle doit»
  - * Répétitives et stéréotypées : «protocole ne souffrant aucun écart»
  - * Disproportionnées : «plusieurs heures par jour»
  - * Ayant pour but de faire diminuer l'angoisse : «pour être soulagée»
- Conscience du caractère pathologique avec sentiment de honte : «réticence»
- Troubles du comportement à l'origine d'une altération significative du fonctionnement :
  - * professionnel : «licenciement pour absentéisme»
  - * relationnel : mari «excédé»

2) Quel est le diagnostic psychiatrique ? (argumentez)

Trouble Obsessionnel Compulsif :

- Obsessions générant une lutte anxieuse
- Compulsions
- Conscience du caractère morbide
- Handicap socio-professionnel

3) Dans la conception psychanalytique, quels sont les mécanismes de défense mis en jeu dans cette pathologie ?

Dans la conception psychanalytique du T.O.C., les mécanismes de défense sont en rapport avec une régression libidinale au stade sadique-anal (secondaire à une fixation d'origine traumatique dans l'enfance).

Le Sur-Moi rigide de l'obsessionnel ne tolère pas l'expression des pulsions du stade sadique-anal. Pour se défendre contre l'angoisse, le Moi met en place des mécanismes de défense :

Déplacement (ex. : collectionnisme pour le plaisir de rétention) ; inversion (ex. : souci de propreté pour le plaisir d'expulsion) ; isolation ; annulation (rôle des rituels).

4) Quelles sont les complications à redouter ?

- Handicap socioprofessionnel lié à l'extension envahissante des symptômes
- Dépression
- Conduites suicidaires
- Conduites addictives (alcoolisme, surconsommation de benzodiazépines...)

5) Quelle chimiothérapie proposez-vous ?

- Traitement ambulatoire en l'absence de risque suicidaire
- Antidépresseur PO au long cours à posologie élevée :
  - Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine type SEROPRAM® : augmentation progressive de posologie jusqu'à 40 à 60 mg par jour
  - Ou antidépresseur tricyclique type ANAFRANIL® :
    - traitement de référence
    - utilisée en 2ème intention du fait de sa moins bonne tolérance
    - augmentation progressive de posologie jusqu'à 200 à 300 mg par jour, après avoir éliminé une contre-indication
- Pas de traitement anxiolytique systématique : si besoin, benzodiazépine type XANAX® pour une durée limitée (maximum 12 semaines) ou TERCIAN® cp (25 mg) : 1 à 3 cp par jour

6) Quelle psychothérapie proposez-vous ?

- Thérapie cognitivo-comportementale :
  - technique d'exposition graduée (immersion) avec prévention de la réponse
  - technique d'arrêt de la pensée
  - quantification des résultats par auto-évaluation
- Complémentaire de la chimiothérapie
- Eventuellement complétée par une psychothérapie analytique ou d'inspiration analytique (dont la cible est alors principalement le trouble de personnalité sous-jacent)
- Psychothérapie de soutien toujours indiquée

GRILLE DE CORRECTIONS N°9

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain Obsessions phobiques Compulsions Conscience du caractère morbide Troubles du comportement	5 7 7 5 6
QUESTION 2 : **15 points**	TOC Arguments	10 5
QUESTION 3 : **15 points**	Régression libidinale Stade sadique-anal Fixation	5 5 5
QUESTION 4 : **15 points**	Handicap Dépression Conduites suicidaires Conduites addictives	4 4 4 3
QUESTION 5 : **15 points**	Ambulatoire Antidépresseur avec dose Si besoin en BZD	5 5 5
QUESTION 6 : **10 points**	TCC En complément de la chimio + ou – analyse Psychothérapie de soutien	5 1 2 2

DOSSIER 10

Monsieur S., 23 ans, est adressé par son médecin traitant à la consultation de psychiatrie. Le motif de consultation du généraliste était une difficulté récente d'endormissement. Depuis environ un mois, monsieur S. souffre en effet d'insomnie. Il se dit fatigué, n'ayant plus goût à rien, et envisage d'abandonner les cours à la faculté. Il a perdu l'appétit et se sent inutile. A l'appui de ses déclarations, il dit avoir été incapable de se présenter à un oral lors du partiel de janvier. Il a toujours été timide et réservé, craignant de paraître ridicule ou de rougir en public. Depuis quelques années, il évite systématiquement les situations où il aurait à prendre la parole devant des inconnus, à moins d'être accompagné par sa mère. Monsieur S. a peu d'amis, et n'a jamais eu de relation amoureuse. Il justifie son inhibition par le sentiment de ne pas être «à la hauteur», et la peur de s'attirer les sarcasmes d'autrui.

---

1) **Faites une analyse sémiologique du texte.**

2) **Quel est le diagnostic ?**

3) **Quelles complications redoutez-vous ?**

4) **Quelle dimension capitale n'a pas été exploré lors de l'entretien ?**

5) **Cette dimension est absente. Quel traitement proposez-vous ?**

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Sexe masculin, adulte jeune
  - Pas d'antécédents psychiatriques personnels
  - Traits de personnalité évitante (phobique) : timidité, inhibition, hypersensibilité à la critique, retrait social sous-tendu par une mésestime de soi («craignant de paraître ridicule...), éreutophobie («...ou de rougir en public»)
- Phobie sociale :
  - Peur irrationnelle de prendre la parole en public
  - Conduites d'évitement des situations phobogènes
  - Conduite de réassurance :
    * Impliquant une personne contra-phobique : mère
    * Sous-tendue par une probable anxiété de séparation
    * A l'origine d'un bénéfice secondaire : accompagnement
  - A l'origine d'un handicap socioprofessionnel : «incapable de se présenter à un oral»
- Syndrome dépressif :
  - Tristesse de l'humeur : anhédonie («plus goût à rien»), aboulie («envisage d'abandonner les cours»), auto-dévalorisation («se sent inutile»)
  - Ralentissement psychomoteur : asthénie
  - Signes somatiques : anorexie, insomnie
  - Evoluant depuis un mois

2) Quel est le diagnostic ?

- Phobie sociale (DSM IV : anxiété sociale)
- Développée sur une personnalité évitante
- Compliquée d'une dépression

3) Quelles complications redoutez-vous ?

- Handicap socioprofessionnel lié au retentissement direct des symptômes
- Dépression
- Conduites suicidaires
- Conduites addictives (alcoolisme, surconsommation de benzodiazépines...)

4) ***Quelle dimension capitale n'a pas été explorée à l'entretien ?***

- La dimension suicidaire et, le cas échéant, le risque de passage à l'acte
- La présence d'idées suicidaires doit systématiquement être recherchée devant tout symptôme (a fortiori syndrome) dépressif.

5) ***Cette dimension est absente. Quel traitement proposez-vous ?***

- Traitement ambulatoire en l'absence de risque suicidaire
- Chimiothérapie :
  - Traitement antidépresseur par Inhibiteur Spécifique de la Recapture de la Sérotonine type DEROXAT® (20 mg par jour initialement)
  - Alternative : Inhibiteur sélectif de la Mono-Amine-Oxydase type Moclamine
  - Si besoin : prescription initiale d'un anxiolytique (type XANAX®) et / ou d'un hypnotique (type STILNOX®)
- Thérapie cognitivo-comportementale : technique d'affirmation de soi (souvent dans le cadre d'une thérapie de groupe), exposition avec prévention de la réponse (désensibilisation par immersion), quantification des progrès par auto-évaluation
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

GRILLE DE CORRECTIONS N°10

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain Phobie sociale Syndrome dépressif	5 15 10
QUESTION 2 : **20 points**	Phobie sociale Sur personnalité évitante Compliquée d'une dépression	10 5 5
QUESTION 3 : **10 points**	Handicap Dépression Conduites suicidaires Conduites addictives	3 3 2 2
QUESTION 4 : **20 points**	Dimension suicidaire A rechercher systématiquement	15 5
QUESTION 5 : **20 points**	Ambulatoire Antidépresseur et dose TCC Psychothérapie de soutien Surveillance	1 10 4 4 1

DOSSIER 11

Mlle A., 22 ans, est amenée aux urgences par ses amis pour «malaise». Elle a présenté brutalement une angoisse extrême avec l'impression d'étouffer et la peur de perdre le contrôle d'elle-même. L'examen ne note qu'une tachycardie accompagnée de tremblements.

Ses amis déclarent qu'il s'agit de la dixième crise identique en quelques mois.

---

1) Quel est le diagnostic ? (argumentez)

2) Quelle complication allez-vous rechercher en priorité ?

3) Quelle conduite à tenir proposez-vous dans l'immédiat ?

4) Quelles sont les principales contre-indications du traitement médicamenteux ?

5) Quel traitement préventif proposez-vous à plus long terme ?

6) Un mois plus tard, Mlle A. consulte à nouveau aux urgences dans un contexte d'anxiété aiguë. Elle est en sueurs, désorientée, peu cohérente et se plaint d'un goût métallique dans la bouche. Elle a arrêté brutalement tout traitement il y a trois jours. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelle conduite à tenir préconisez-vous ?

REPONSES

1) Quel est le diagnostic ? (argumentez)

Trouble panique, a priori sans agoraphobie :

- Attaque de panique :
  - Début brutal (acmé en moins de 10 minutes)
  - Symptômes psychiques : angoisse extrême, sensation de malaise, éléments de dépersonnalisation avec peur de perdre le contrôle de soi
  - Symptômes physiques : impression d'étouffer
  - Signes physiques : tachycardie, tremblements
- Se répétant à l'identique, de façon récurrente et imprévisible
- Pas de notion d'agoraphobie

2) Quelle complication allez-vous rechercher en priorité ?

Une agoraphobie, c'est-à-dire :

- Anxiété liée au fait de se retrouver dans une situation où il pourrait être difficile ou gênant d'être secouru en cas d'attaque de panique : foule, file d'attente, transport en commun...
- Entraînant :
  - des conduites d'évitement de ces situations
  - et / ou une souffrance intense en cas d'impossibilité de s'y soustraire
  - et / ou la nécessité d'être accompagné

3) Quelle conduite à tenir proposez-vous dans l'immédiat ?

- Isolement au calme avec mise à distance de l'entourage
- Examen clinique et si besoin paraclinique éliminant une origine organique
- Réassurance quand à la bénignité des troubles
- Chimiothérapie anxiolytique :
  - benzodiazépine d'action rapide type XANAX® (alprazolam) 0,5 mg
  - par voie orale : supérieure à la voie IM en termes de vitesse d'absorption, de délai d'action et de biodisponibilité ; évite une dramatisation excessive
- Technique de relaxation : respiration lente et superficielle
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement
- Retour à domicile après la crise, sous couverture anxiolytique pour 48 heures (XANAX®)

4) Quelles sont les principales contre-indications du traitement médicamenteux ?

Contre-indications des benzodiazépines :

- Insuffisance respiratoire sévère
- Syndrome d'apnées du sommeil
- Myasthénie
- Insuffisance hépatique sévère
- Hypersensibilité aux benzodiazépines (rarissime)
- Grossesse :
  - 1er trimestre : risque tératogène faible
  - 3ème trimestre : risque de détresse respiratoire puis de syndrome de sevrage chez le nouveau-né
- Allaitement

5) Quel traitement préventif proposez-vous à plus long terme ?

Traitement ambulatoire en l'absence de complication dépressive ou addictive sévère :

- Chimiothérapie :
  - Antidépresseur au long cours (au minimum 6 mois) :
    * Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine type SEROPRAM® : 20 mg par jour (un comprimé) la première semaine, puis augmentation progressive jusqu'à 1 cp1/2 par jour.
  - Sous couverture anxiolytique initiale (inférieure à 12 semaines) :
  - XANAX® (0,5 mg) 2 à 4 comprimés par jour, diminution progressive avant arrêt.
  - Ou ATARAX® (cp à 25 mg) : 2 à 3 cp par jour
- Psychothérapie :
  - «spécifique» de type cognitivo-comportementale (trouble panique «pur»)
  - et / ou analytique (trouble panique associé à un trouble de la personnalité)
  - psychothérapie de soutien toujours indiquée
  - Techniques de relaxation, de contrôle du «stress»...
- Règles hygiéno-diététiques : éviter les stimulants (caféine)
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

6) Un mois et demi plus tard, Mlle A. consulte à nouveau aux urgences dans un contexte d'anxiété aiguë. Elle est en sueurs, désorientée, peu cohérente et se plaint d'un goût métallique dans la bouche. Elle a arrêté brutalement tout traitement il y a trois jours. Quel est le diagnostic le plus probable ? Quelle conduite à tenir préconisez-vous ?

- Probable syndrome de sevrage aux benzodiazépines :
  - Arrêt brutal du traitement
  - Syndrome confusionnel
  - Signes neurovégétatifs
  - Goût métallique dans la bouche
- Hospitalisation en urgence (en raison notamment du risque de crise convulsive)
- Réintroduction d'une benzodiazépine à longue demi-vie type VALIUM® ou TRANXENE® avec diminution très progressive : diminuer les doses de 50 % toutes les deux semaines
- Traitement symptomatique : hydratation, hypnotique (STILNOX®) si insomnie
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement
- Avant la sortie : éducation de la patiente concernant l'observance

GRILLE DE CORRECTIONS N°11

(sur 100 points) 45/100

QUESTION 1 : 20 points	Trouble panique	10
	Sans agoraphobie	4
	Arguments cliniques	6
QUESTION 2 : 10 points	Agoraphobie	10
QUESTION 3 : 10 points	Isolement	1
	Examen clinique	2
	Réassurance	1
	Chimiothérapie anxiolytique	2
	Technique de relaxation	1
	Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement	1
	Retour à domicile après la crise, couverture anxiolytique pour 48 heures (XANAX®)	2
QUESTION 4 : 20 points	Insuffisance respiratoire sévère	3
	Syndrome d'apnées du sommeil	2
	Myasthénie	3
	Insuffisance hépatique sévère	3
	Hypersensibilité aux benzodiazépines	3
	Grossesse	3
	Allaitement	3
QUESTION 5 : 20 points	Ambulatoire	2
	Chimiothérapie avec dose	10
	Psychothérapie (TCC, soutien, + ou – analythique)	2 – 2 – 2
	Régles hygiéno-diététiques	2
QUESTION 6 : 20 points	Syndrome de sevrage aux BZD, arguments	6 – 4
	Hospitalisation	2
	Urgence	2
	BZD à réintroduire	2
	Traitement symtomatique	2
	Education de la patiente	2

DOSSIER 12

Monsieur M.D. est hospitalisé à la suite d'une tentative de suicide par pendaison. Son état étant stable, il est transféré en psychiatrie. Ce policier de 38 ans, marié et père de deux enfants, vous explique qu'il est inutile de le soigner. Il se dit «foutu», ne méritant pas d'être aidé. L'IGS enquêterait sur lui pour une affaire de corruption. Selon lui, son arrestation et son exécution sont programmées. Pendant l'entretien, monsieur M.D. parle lentement, sur un ton monocorde, gardant les sourcils froncés. Son épouse vous explique que, depuis un mois, son mari est de plus en plus fatigué et apathique. Il ne mange presque plus et a perdu quatre kilos. Chaque nuit, il se réveille vers trois heures du matin et sanglote en demandant pardon. Madame D. vous apprend que son mari a déjà présenté deux épisodes de ce type. Il aurait également été hospitalisé dans sa jeunesse pour un état d'excitation avec insomnie totale.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Un élément de l'observation fait défaut, lequel ?

3) Quel diagnostic portez-vous ? (argumentez)

4) Quel traitement préconisez-vous pour l'épisode actuel ?

5) Cette pathologie bénéficie d'un traitement préventif, lequel ? Quelles sont les modalités de sa mise en route ?

6) Deux autres médicaments peuvent être prescrits à titre préventif, lesquels ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - homme d'âge mûr
  - début précoce des troubles : «dans sa jeunesse»
  - par un probable accès maniaque : «état d'excitation avec insomnie totale» ayant nécessité une hospitalisation
  - suivi de deux épisodes dépressifs antérieurs à celui-ci
  - donc antécédents personnels maniaco-dépressifs
- Syndrome Dépressif :
  - Tristesse de l'humeur : sanglots, douleur morale
  - D'intensité mélancolique : idées d'incurabilité («foutu»), d'indignité («ne méritant pas d'être aidé»), de culpabilité («en demandant pardon»)
  - Ralentissement psychomoteur : apathie, bradyphémie («parle lentement») traduisant une probable bradypsychie, aprosodie («ton monocorde»), hypomimie avec probable oméga mélancolique («gardant les sourcils froncés»)
  - Signes somatiques : altération de l'état général (asthénie, anorexie, amaigrissement), insomnie matinale avec réveil précoce
- Syndrome délirant :
  - A priori aigu, postérieur au syndrome dépressif
  - De mécanisme essentiellement intuitif et imaginatif
  - Avec thèmes congruents à l'humeur : idées mélancoliques (incurabilité, indignité, culpabilité), persécution («son arrestation et son exécution sont programmées»)
  - Relativement systématisé
  - Non critiqué, adhésion totale
- Absence d'arguments pour une origine «organique»
- Intervalle libre entre les épisodes : bonne insertion socioprofessionnelle

2) Un élément de l'observation fait défaut, lequel ?

La recherche d'antécédents familiaux de troubles thymiques :

- Systématique dans toute observation psychiatrique
- Capitale dans ce contexte de pathologie de l'humeur

3) Quel diagnostic portez-vous ? (argumentez)

- Mélancolie délirante (Episode dépressif majeur sévère à caractéristiques psychotiques) : syndrome dépressif sévère avec idées délirantes congruentes à l'humeur
- Entrant dans le cadre d'une maladie maniaco-dépressive bipolaire (Trouble bipolaire) : antécédents personnels de deux épisodes dépressifs et d'un épisode maniaque

4) Quel traitement préconisez-vous pour l'épisode actuel ?

- Transfert en secteur fermé, mesure d'HDT en cas de refus des soins
- Inventaire soigneux et surveillance du risque suicidaire
- Traitement curatif de l'accès mélancolique : chimiothérapie OU électroconvulsivothérapie
  - Chimiothérapie associant un antidépresseur ET un neuroleptique antiproductif
    - Traitement antidépresseur de référence : ANAFRANIL® en perfusion intraveineuse après avoir éliminé une contre-indication : 1 ampoule à 25 mg dans 250 ml de G5 % en 3 heures, puis augmentation de 25 mg par jour (2 ampoules à J2, 3 à J3...) jusqu'à 75 à 150 mg par jour ; relais per os à J10 : 2 cp à 75 mg par jour.
    - Alternatives : ANAFRANIL® PO d'emblée ; ISRS par voie IV (SEROPRAM®) ou PO (p. ex. PROZAC®).
    - Neuroleptique antiproductif : atypique en 1ère intention, p. ex. ZYPREXA® 10 mg par jour.
  - Electroconvulsivothérapie d'emblée également possible (mélancolie délirante)
- Traitement anxiolytique : neuroleptique sédatif type TERCIAN® (25 mg) 3 cp par jour
- Traitement hypnotique si besoin.
- Psychothérapie de soutien ; soutien et information de la famille
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement : humeur, anxiété, risque suicidaire, FC, PA, température

5) Cette pathologie bénéficie d'un traitement préventif, lequel ? Quelles sont les modalités de sa mise en route ?

Traitement thymorégulateur par sel de lithium :

- Bilan pré-lithium : examen clinique complet, NFS, ionogramme sanguin, clairance de la créatinine, protéinurie (BU), bilan hépatique, TSHus, ECG ; EEG chez les épileptiques, bHCG chez les femmes en âge de procréer.
- Eliminer une contre-indication au lithium
- Education du patient concernant sa maladie, le but et les modalités du traitement
- TERALITHE cp (250 mg) : 1 cp matin et soir pendant quatre jours
- Puis dosage de la lithiémie à jeun à J5 (1/2 vie du lithium : 24 heures)
- Augmentation progressive d'un 1/2 comprimé avec lithiémie tous les cinq jours jusqu'à l'obtention d'une lithiémie efficace (0,5 mEq/l à 0,8 mEq/l)
- Surveillance de la tolérance du traitement : ECG, lithiémie, ionogramme sanguin, créatininémie, TSHus (annuelle), signes cliniques de surdosage

6) Deux autres médicaments peuvent être prescrits à titre préventif, lesquels ?

- Carbamazépine : TEGRETOL® (200 mg) 2 à 3 cp par jour
- Valpromide : DEPAMIDE® (300 mg) 2 à 3 cp par jour

GRILLE DE CORRECTIONS N°12

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 30 points	Terrain	4
	Syndrome dépressif	10
	Syndrome délirant	10
	Pas d'organicité	3
	Intervalle libre	3
QUESTION 2 : 10 points	Recherche d'antécédents familiaux	7
	Systématique	3
QUESTION 3 : 10 points	Mélancolie délirante	4
	Dans maladie bipolaire	4
	Arguments	2
QUESTION 4 : 20 points	• Transfert en secteur fermé, mesure d'HDT si besoin	2
	• Inventaire et surveillance du risque suicidaire	2
	• Antidépresseur	6
	• Neuroleptique, hypnotique	4
	• Psychothérapie de soutien	2
	• Soutien et information de la famille	2
	Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement	2
QUESTION 5 : 20 points	Sel de lithium	2
	• Bilan pré-lithium	5
	• Eliminer une contre-indication au lithium	3
	• Education du patient	2
	• TERALITHE® cp (250 mg) : 1 cp matin et soir pendant quatre jours	4
	• Puis dosage de la lithiémie à jeun	2
	Surveillance de la tolérance du traitement	2
QUESTION 6 : 10 points	Tégrétol®, doses	3 – 2
	Dépamide®, doses	3 – 2

DOSSIER 13

Madame C., 48 ans, est amenée aux urgences par ses deux fils pour troubles du comportement. Cette artiste peintre a consulté son médecin traitant il y a trois jours pour une fatigue inhabituelle. Depuis quelques semaines, elle se sentait surmenée, souffrant d'insomnie, d'un profond découragement et d'un sentiment croissant d'inutilité. Le généraliste a prescrit un traitement par Effexor (venlafaxine) 25 mg trois fois par jour.

Au service des urgences, madame C. ne tient pas en place, cherchant à entamer la conversation avec tout le monde. L'entretien est difficile, la patiente changeant sans cesse de sujet au gré de ses interlocuteurs. Elle se montre volontiers irritable, expliquant qu'elle ne s'est «jamais sentie aussi bien», qu'elle n'a «rien à faire à l'hôpital», qu'elle est «attendue en haut lieu»...

Ses fils expliquent que la veille, madame C. a acheté une voiture neuve à son ex-mari. Elle n'a pas dormi depuis 48 heures, ayant passé deux nuits entières à rédiger sa «biographie». En feuilletant les 150 pages du manuscrit, vous remarquez de nombreux dessins et apprenez que madame C. se considère comme la réincarnation du Bouddha. Son frère aîné s'est suicidé à l'âge de 29 ans par défenestration.

Madame C. refuse tout traitement : «Médicalement, les médicaments sont de maudits calmants !»

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel diagnostic portez-vous ?

3) Quel traitement préconisez-vous dans l'immédiat ?

4) Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous à plus long terme ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Femme d'âge mûr, bonne insertion socioprofessionnelle
  - Antécédent familial au 1er degré de suicide par défenestration
  - Surmenage
  - Antécédent personnel de syndrome dépressif : asthénie, insomnie, aboulie («profond découragement»), auto-dépréciation («sentiment d'inutilité»)
- Syndrome maniaque :
  - Humeur expansive et versatile : euphorie («jamais sentie aussi bien»), irritabilité, idées de grandeur (rédige sa «biographie»)
  - Excitation psychomotrice : agitation («ne tient pas en place»), graphorrhée nocturne, logorrhée avec fuite des idées («changeant sans cesse de sujet»), jeux de mots et distractibilité («au gré de ses interlocuteurs») témoignant d'un trouble du cours de la pensée dans le cadre d'une tachypsychie.
  - Troubles du comportement : désinhibition avec recherche du contact («cherche à entamer la conversation avec tout le monde»), achats inconsidérés, graphorrhée nocturne
  - Signes somatiques : insomnie par diminution du besoin de sommeil
- Syndrome délirant :
  - A priori aigu, postérieur au syndrome maniaque
  - Thèmes congruents à l'humeur :
    - * Mégalomaniaque : «attendue en haut lieu»
    - * Mystique : «réincarnation du Bouddha»
  - Mécanismes essentiellement intuitifs et imaginatifs
  - Relativement systématisé
  - Adhésion totale
- Survenant au décours immédiat de l'instauration d'un traitement par antidépresseur
- Absence d'arguments pour une origine «organique»

2) Quel diagnostic portez-vous ?

- Virage de l'humeur : manie délirante (épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques) à l'instauration d'un traitement antidépresseur
- Dans le cadre d'une maladie maniaco-dépressive bipolaire (trouble bipolaire) : épisode maniaque, antécédent familial au 1er degré de troubles thymiques

3) Quel traitement préconisez-vous dans l'immédiat ?

- Hospitalisation en urgence en psychiatrie, au besoin sous contrainte (HDT)
- Mesure de protections des biens : sauvegarde de justice
- Inventaire à l'entrée
- Chimiothérapie :
  - Neuroleptique polyvalent type LARGACTIL® (25 mg) : 2 cp trois fois par jour
  - En l'absence de contre-indication, débuter TERALITHE® dès les résultats du bilan pré-lithium : 1 cp à 250 mg matin et soir
  - Si contre-indication au lithium : DEPAKOTE® (250 mg) 3 cp par jour initialement
  - Hypnotique type THERALENE® : 30 gouttes au coucher
  - Arrêt du DEROXAT®
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement : état d'hydratation, PA, FC, température, diminution de l'excitation psychomotrice
- Information et soutien de la famille

4) Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous à plus long terme ?

- Chimiothérapie
  - Diminution progressive puis arrêt du neuroleptique
  - Adapter la posologie du TERALITHE® (environ 3 à 4 cp par jour) à la lithiémie (lithiémie efficace : 0,5 à 0,8 mEq /l)
  - Relais THERALENE® par STILNOX® : 1 cp au coucher jusqu'à disparition de l'insomnie
  - Contraception efficace en l'absence de ménopause
- Psychothérapie de soutien
- Education de la patiente : but et modalité du traitement par Lithium, hygiène de vie (éviter le surmenage, les toxiques...)
- Repos avec arrêt de travail
- Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement : consultations régulières, lithiémie et créatininémie tous les 6 mois, TSHus tous les ans.

GRILLE DE CORRECTIONS N°13

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain	3
	Syndrome maniaque	10
	Syndrome délirant	10
	Instauration d'un antidépresseur	5
	Absence d'organicité	2
QUESTION 2 : **20 points**	Virage de l'humeur de type manie délirante	9
	Dans maladie bipolaire	9
	Arguments	2
QUESTION 3 : **25 points**	Hospitalisation, urgence, psychiatrie	1
	Sauvegarde de justice	1
	Inventaire à l'entrée	2
	Chimiothérapie	
	– Neuroleptique	5
	– TERALITHE®	5
	– Hypnotique	2
	– Arrêt du DEROXAT®	4
	Psychothérapie de soutien	2
	Surveillance	1
	Information et soutien de la famille	2
QUESTION 4 : **25 points**	Diminution progressive puis arrêt du neuroleptique	4
	Adapter la posologie du TERALITHE®	4
	Contraception efficace	3
	Psychothérapie de soutien	4
	Education de la patiente	4
	Repos avec arrêt de travail	3
	Surveillance clinique et paraclinique	3

DOSSIER 14

Elève studieuse de terminale, Mlle C., 17 ans, est amenée par sa mère à la consultation de psychiatrie car, depuis 6 mois, «elle ne mange plus rien».

Mlle C., souriante, rétorque sèchement qu'elle ne mange que ce qui est indispensable à sa santé, contrairement à sa famille qui ne fait que des excès. Elle possède d'ailleurs un inventaire de la teneur calorique de chaque aliment qui l'aide à sélectionner ses repas : un café sans sucre le matin et une tomate nature avec un verre de lait écrémé le soir. Le repas de famille est devenu un calvaire à cause des disputes tournant autour de l'assiette de Mlle C. En réponse, celle-ci mange de moins en moins et ne rentre plus le midi, prétextant rester à la cantine, où personne ne la voit.

Bien qu'extrêmement maigre (1m 60 et 32 kg), l'adolescente est très sportive. Elle se sent parfaitement bien, avec un corps «en accord avec son esprit», même si toutes ses formes féminines ont disparu et qu'elle n'est plus réglée depuis 3 mois. Elle s'en trouve plus «tranquille» et ne veut surtout pas changer son alimentation de peur de devenir obèse : «mon poids ne dépassera pas 33 kg» déclare-t-elle.

Le bilan sanguin est normal, en dehors d'une kaliémie à 2,8 mMol.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel diagnostic portez-vous ? (argumentez)

3) Quelles sont les modalités évolutives de ce trouble ?

4) Quels en sont les éléments de mauvais pronostic ?

5) Quelle est la prise en charge de cette patiente ?

6) A quoi pouvez-vous attribuer l'hypokaliémie ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte

- Terrain :
  - Adolescente
  - Hyperactivité intellectuelle («élève studieuse») et physique («extrêmement sportive»)
  - Pas d'antécédent psychiatrique patent
  - Situation familiale conflictuelle
- Trouble des conduites alimentaires :
  - restriction alimentaire volontaire
  - sélection soigneuse des aliments
  - motivées par la peur de grossir malgré une dénutrition sévère
  - conduite ascétique avec jouissance dans le contrôle de la faim
- Médiatisant l'agressivité à l'égard de la famille «qui ne fait que des excès»
- A l'origine d'un retentissement somatique : dénutrition, aménorrhée, hypokaliémie
- Et d'une altération du fonctionnement familial : «calvaire», «disputes»
- Avec déni des troubles : «se sent parfaitement bien»

2) Quel diagnostic portez-vous ?

- Anorexie mentale de l'adolescence
- Triade classique : «anorexie», aménorrhée de 3 cycles consécutifs, amaigrissement
- Déni de la gravité de la maigreur actuelle
- Peur intense de grossir malgré un poids inférieur à la normale
- Refus de maintenir un poids corporel à un minimum normal pour l'âge et la taille

3) Quelles sont les modalités évolutives de ce trouble ?

- 1/3 d'évolution vers la guérison avec normalisation des conduites alimentaires
- 1/3 d'amélioration incomplète avec fluctuations pondérales et trouble persistant des conduites alimentaires (sous une forme atténuée ou en alternance avec des crises de boulimie)
- 1/3 d'évolution chronique
- 5 à 10 % de mortalité

4) Quels en sont les éléments de mauvais pronostic ?

- Absence de motivation, voire opposition au projet thérapeutique
- Age tardif de survenue
- Importance de l'amaigrissement
- Retard de la prise en charge thérapeutique
- La présence du couple «boulimie-vomissements»
- Perturbation de l'image de soi

5) Quelle est la prise en charge de cette patiente ?

- Hospitalisation en milieu spécialisé, si besoin sous contrainte car mise en jeu du pronostic vital : dénutrition, hypokaliémie
- Prise en charge multidisciplinaire
- Isolement initial du milieu familial
- Instauration d'un contrat de poids, déterminant le régime d'hospitalisation : visites, permissions, sortie
- Thérapie nutritionnelle avec l'aide d'une diététicienne
- Psychothérapie centrée sur l'autonomisation du sujet, adaptée à la patiente : cognitivo-comportementale ou d'inspiration analytique, individuelle ou familiale
- Surveillance régulière du poids mais pas des repas : éviter tout renforcement (la restriction alimentaire ne doit pas être valorisée en tant que modalité relationnelle)

6) A quoi pouvez-vous attribuer l'hypokaliémie ?

- Carence d'apport
- Vomissements provoqués : hyperaldostéronisme secondaire à la déshydratation, effet hypokaliémiant de l'alcalose métabolique induite
- Diarrhée chronique par abus de laxatifs
- Abus de diurétiques kaliurétiques

GRILLE DE CORRECTIONS N°14

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Terrain	3
	Troubles des conduites alimentaires	11
	Retentissement somatique	5
	Dysfonctionnement familial	3
	Déni des troubles	3
QUESTION 2 : **15 points**	Anorexie mentale de l'adolescence	10
	Arguments	5
QUESTION 3 : **15 points**	Un tiers guérison	4
	Un tiers amélioration incomplète	4
	Un tiers évolution chronique	4
	5 à 10 % de mortalité	3
QUESTION 4 : **20 points**	Absence de motivation	3
	Age tardif de survenue	3
	Importance de l'amaigrissement	3
	Retard de la prise en charge thérapeutique	3
	Présence du couple «boulimie-vomissements»	4
	Perturbation de l'image de soi	4
QUESTION 5 : **15 points**	Hospitalisation en milieu spécialisé	2
	Isolement initial du milieu familial	2
	Contrat de poids	3
	Thérapie nutritionnelle	3
	Psychothérapie cognitivo-comportementale ou d'inspiration analytique, individuelle ou familiale	3
	Surveillance régulière du poids	2
QUESTION 6 : **10 points**	Carence d'apport	2
	Vomissements provoqués	3
	Diarrhée chronique par abus de laxatifs	3
	Abus de diurétiques kaliurétiques	2

DOSSIER 15

Monsieur C., 55 ans, est hospitalisé en pneumologie pour une pneumopathie du lobe inférieur droit. Son épouse explique qu'elle s'est enfuie depuis quelques jours du domicile conjugal, à la suite de violences de son mari. Celles-ci sont récurrentes, aggravées par une surconsommation chronique d'alcool.

Après 3 jours d'antibiothérapie, Mr C. présente depuis ce matin une anxiété importante. Ses propos sont incohérents. Il se croit chez lui, assiégé par des scorpions qu'il tente en vain d'écraser. L'examen clinique trouve un patient agité et en sueurs, obnubilé, avec un tremblement des extrémités. La FC est à 115 / minute, la PA à 130 – 80 et la température à 37°9.

---

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.
2) Quel diagnostic portez-vous ? (argumentez)
3) Quelle prise en charge immédiate est nécessaire ?
4) Quel traitement préventif aurait pu éviter cet épisode ?
5) Quelle prise en charge pouvez-vous proposer à monsieur C. à plus long terme ?

REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Alcoolisme :
    * «surconsommation chronique d'alcool»
    * poursuivie en dépit des conséquences dommageables (violences conjugales)
    * dépendance physique dont témoigne le syndrome de sevrage
  - Probable pneumopathie de déglutition (lobe inférieur droit, alcoolisme)
  - Abstinence forcée depuis 3 jours
- Syndrome confusionnel : obnubilation de la conscience, désorientation temporo-spatiale
- Délire onirique :
  - Mécanisme : hallucinations visuelles
  - Thème : zoopsie (visions d'animaux : «assiégé par des scorpions»)
  - Adhésion totale au délire («qu'il tente en vain d'écraser»)
  - Participation affective intense (anxiété, agitation)
- Signes neurovégétatifs : fièvre, tachycardie, sueurs, tremblements

2) Quel diagnostic portez-vous ?

- Delirium Tremens
- Etat confuso-onirique compliquant un syndrome de sevrage alcoolique

3) Quelle prise en charge immédiate est nécessaire ?

- Hospitalisation en urgence en unités de soins intensifs : pronostic vital en jeu
- Isolement sans contention, mise en place d'une voie veineuse
- Réhydratation intraveineuse :
  - 4 à 6 litres par jour de G5 % avec 4 g/l de NaCl, 2 g/l de KCl
  - Relais PO après disparition des troubles psychiatriques (bouillons salés, jus de fruit)
- Benzodiazépine IV : VALIUM® à dose de charge : 10 mg par heure initialement
- Pas de neuroleptique en première intention
- Vitaminothérapie :
  - Vitamines B1 : 500 mg par jour
  - Vitamine B6, PP
- Poursuite de l'antibiothérapie
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement : hémodynamique (FC, PA), FR, température, état d'hydratation, vigilance, agitation, tremblements...

4) Quel traitement préventif aurait pu éviter cet épisode ?

- Hydratation par voie orale : au moins 2 litres par jour
- Benzodiazépine PO : VALIUM® (diazépam) à doses dégressives sur 1 semaine (par exemple : 60 mg à J1, 50 à J2, 40 à J3, etc....)
- Vitaminothérapie PO : vitamines B1 (500 mg par jour), B6 et PP
- Surveillance des signes neurovégétatifs précoces du syndrome de sevrage alcoolique

5) Quelle prise en charge pouvez-vous proposer à monsieur C. à plus long terme ?

Cure de sevrage :

- Hospitalisation courte car antécédent d'accident de sevrage
- Prévention du syndrome de sevrage alcoolique (QS)
- Psychothérapie de soutien
- Bilan somatique du retentissement de l'alcoolisme

Maintien de l'abstinence en post-cure :

- Sociothérapie :
  - Association d'anciens buveurs : Anciens Alcooliques Anonymes +++
  - Maintien de l'insertion socioprofessionnelle
- Psychothérapie :
  - Soutien : visant une restauration narcissique autour du projet de sevrage
  - Autres : thérapie cognitivo-comportementale, éventuellement thérapie de couple
- Chimiothérapie :
  - AOTAL® (acamprosate) : 4 à 6 cp par jour pendant 1 an
  - Ou REVIA® (naltrexone) : 1 à 2 cp par jour pendant 3 mois +++
  - Pas d'ESPERAL® (disulfiram) en 1ère intention en raison d'un mauvais rapport bénéfices attendus / risques encourus
- Suivi médical régulier avec mise en place d'un réseau de soin : généraliste, psychiatre, CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie), hôpital...
- Traitement d'un trouble psychiatrique comorbide (Si possible, pas de traitement antidépresseur avant 1 mois de sevrage complet)
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

GRILLE DE CORRECTIONS N°15

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 25 points	Terrain	5
	Syndrome confusionnel	5
	Délire onirique	10
	Signes neurovégétatifs	5
QUESTION 2 : 15 points	DT	5
	Avec état confuso-onirique	5
	Compliquant un syndrome de sevrage alcoolique	5
QUESTION 3 : 20 points	Hospitalisation, urgence, unités de soins intensifs	3
	Isolement sans contention, voie veineuse	3
	Réhydratation intraveineuse	3
	Benzodiazépine IV : VALIUM® doses	3
	Vitaminothérapie :	3
	Poursuite de l'antibiothérapie	3
	Surveillance	2
QUESTION 4 : 15 points	Hydratation 2 litres par jour	4
	Benzodiazépine PO : VALIUM® doses	4
	Vitaminothérapie PO : vitamines B1, B6 et PP doses	4
	Surveillance des signes du syndrome de sevrage	3
QUESTION 5 : 25 points	Cure de sevrage	4
	Sociothérapie	5
	Psychothérapie	5
	Aotal doses	4
	Psychiatre, médecin généraliste, CCAA	5
	Surveillance	2

DOSSIER 16

Monsieur T., 28 ans, est amené aux urgences par la police à la suite d'un vol de voiture, pour un certificat de non-admission. Ce jeune S.D.F., à l'aspect négligé et dénutri, est extrêmement agité et anxieux. Il se plaint de céphalées et de crampes musculaires insupportables, pour lesquelles il réclame de la morphine. Outre une PA à 190-95 mmHg et une FC à 115 / minute, l'examen note une légère mydriase bilatérale réactive, un tremblement des extrémités et des traces d'injection au pli du coude.

---

1) **Quel est le diagnostic le plus probable ? (argumentez)**

2) **Deux éléments sont à rechercher à l'auscultation. Lesquels ?**

3) **Que recherchez-vous à l'examen cutané ?**

4) **Quel traitement préconisez-vous dans l'immédiat ?**

5) **Quelle prise en charge préconisez-vous à plus long terme ?**

REPONSES

1) Quel est le diagnostic le plus probable ? (argumentez)

- Syndrome de sevrage aux opiacés chez un patient héroïnomane
- Toxicomanie à l'héroïne :
  - Dénutrition
  - Incurie : «aspect négligé»
  - Troubles des conduites sociales : «vol de voiture»
  - Désocialisation (marginalisation) : «S.D.F.»
  - Traces d'injection IV
- Syndrome de sevrage aux opiacés :
  - Agitation anxieuse au premier plan
  - Signes adrénergiques : mydriase, hypertension artérielle, tachycardie, sueurs
  - Syndrome «pseudo-grippal» : céphalées, myalgies
  - Appétence exacerbée aux opiacés : «réclame de la morphine»

2) Deux éléments sont à rechercher à l'auscultation. Lesquels ?

- Auscultation pulmonaire : râles crépitants en foyer, notamment du lobe inférieur droit, témoignant d'une pneumopathie de déglutition : complication fréquente de l'intoxication aiguë en raison des troubles de conscience.
- Auscultation cardiaque : souffle d'insuffisance tricuspide (systolique, xiphoïdien, majoré en inspiration profonde : signe de Carvallo) pouvant témoigner d'une endocardite du cœur droit.

3) Que recherchez-vous à l'examen cutané ?

- Traces d'injection IV : cou, membres supérieurs, langue, pieds
- Abcès sous-cutané
- Lésions de grattage aux points d'injection
- Signe du collier : brûlures de cigarette répétées (troubles de vigilance lors d'une intoxication aiguë)
- Lymphangite, thrombophlébite
- Signes d'infection VIH :
  - Dermite séborrhéique, leucoplasie chevelue de la langue, candidose, zona
  - A part, les signes de primo-infection : éruption cutanée morbilliforme, ulcérations buccales ou génitales

4) Quel traitement préconisez-vous dans l'immédiat ?

- Hospitalisation en urgence en médecine ; ne pas signer le certificat de non-admission
- Isolement au calme
- Traitement du syndrome adrénergique : CATAPRESSAN® (clonidine : agoniste $\alpha 2$ central)
  - 1/2 comprimé toutes les 3 heures
  - Différer la prise si PA systolique < 90 mmHg ou FC < 60 / minute
  - Surveillance : pouls, TA, toutes les 3 heures (risque d'hypotension)
  - Diminution de 1 cp par jour à partir de J4
- Traitement adjuvant symptomatique :
  - Traitement anxiolytique et sédatif par neuroleptique sédatif type TERCIAN®, de préférence aux benzodiazépines, plus toxicomanogènes, sauf en cas de syndrome de sevrage alcoolique associé (QS)
  - Antalgique non morphinique : VISCERALGINE FORTE®, AVAFORTAN®, ANTALVIC®...
  - Antispasmodique : SPASFON® 3 à 6 cp par jour
  - Hypnotique type THERALENE® : 30 gouttes au coucher
- Assurer une bonne hydratation per os
- Polyvitaminothérapie
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

5) Quel prise en charge préconisez-vous à plus long terme ?

- Prise en charge multidisciplinaire avec mise en place d'un projet de soin
- Sevrage hospitalier (anonymat, gratuité, possibilité de traitement par clonidine) ou ambulatoire : traitement symptomatique (antalgique, antispasmodique, anxiolytique, hypnotique)
- Psychothérapie de soutien, plus élaborée si besoin
- Bilan de comorbidité
  - Somatique : surtout infectieuse (VIH, VHC)
  - Psychiatrique : polytoxicomanie (alcool, benzodiazépines, cannabis), schizophrénie, trouble de la personnalité (psychopathie, état limite), dépression
- Chimiothérapie : non systématique
  - REVIA® (naltrexone) : 1 cp par jour
  - En cas de rechutes multiples : traitement substitutif (≠ sevrage) :
    * METHADONE® : prescription initiale en centre spécialisé
    * SUBUTEX® (buprénorphine) : agoniste partiel morphinique
- Sociothérapie visant une réinsertion socioprofessionnelle
- Suivi médical régulier

GRILLE DE CORRECTIONS N°16

(sur 100 points)

QUESTION 1 :	Syndrome de sevrage aux opiacés	10
30 points	Toxicomanie à l'héroïne	10
	Arguments	10
QUESTION 2 :	Auscultation pulmonaire	10
20 points	Auscultation cardiaque	10
QUESTION 3 :	Traces d'injection IV	2
10 points	Abcès sous-cutané	1
	Lésions de grattage aux points d'injection	1
	Signe du collier	2
	Lymphangite, thrombophlébite	2
	Signes d'infection VIH	2
QUESTION 4 :	Hospitalisation, urgence, médecine	2
20 points	Ne pas signer le certificat	2
	Isolement	2
	CATAPRESSAN® doses	2
	TERCIAN® doses	2
	VISCERALGINE FORTE®	2
	SPASFON® doses	1
	THERALENE® doses	1
	Bonne hydratation per os	1
	Polyvitaminothérapie	2
	Psychothérapie de soutien	2
	Surveillance clinique et paraclinique	1
QUESTION 5 :	Prise en charge multidisciplinaire	2
20 points	Sevrage hospitalier	2
	Psychothérapie de soutien	2
	Bilan de comorbidité (somatique, psychiatrique)	2
	Chimiothérapie : non systématique	6
	REVIA® (naltrexone) : 1 cp par jour	
	En cas de rechutes multiples :	2
	METHADONE®	
	SUBUTEX®	
	Sociothérapie	2
	Suivi médical régulier	2

DOSSIER 17

Monsieur A., 69 ans, ingénieur à la retraite, est adressé à la consultation de psychiatrie par son généraliste pour syndrome dépressif. Depuis plusieurs mois, il est apathique, a perdu l'appétit, et se plaint de douleurs diffuses. Son épouse vous apprend que depuis plus d'un an, monsieur A. souffre de «trous de mémoire» de plus en plus importants. Récemment, il s'est même perdu dans le quartier, lors de sa promenade quotidienne. Depuis, madame A. ne laisse plus son mari sortir seul. D'ailleurs, depuis qu'il a «oublié le gaz», elle le seconde dans toutes ses activités, y compris l'habillage. Il n'est même plus capable de préparer le café.

A l'entretien, vous constatez un manque du mot manifeste. Monsieur A. fait des erreurs à la dénomination d'objets courants, ainsi qu'à la simulation d'actions élémentaires, tel que le brossage des dents. L'humeur étant triste, le médecin traitant a prescrit il y a un mois un traitement par DEROXAT (paroxétine) 20 mg par jour, sans amélioration. En dehors des fonctions cognitives, l'examen clinique est normal.

---

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.
2) Quel est le diagnostic le plus probable ? (argumentez)
3) Détaillez votre examen clinique.
4) Quels examens complémentaires sont recommandés à titre systématique ?
5) Comment allez-vous apprécier l'évolution des troubles ?
6) Quelle prise en charge proposez-vous ?

REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.

- Terrain : homme de plus dc 65 ans, sans antécédent notable, à l'examen clinique normal
- Syndrome dépressif :
  - Tristesse de l'humeur
  - Ralentissement psychomoteur : apathie
  - Signes somatiques : anorexie, plaintes somatiques («douleurs diffuses»)
  - Sans amélioration après un mois d'un traitement antidépresseur
- Syndrome démentiel :
  - Troubles mnésiques : «trous de mémoire», «a oublié le gaz»
  - Désorientation (temporo)spatiale : «perdu dans le quartier»
  - Aphasie : alexie («manque du mot»)
  - Apraxie : constructive (secondé pour l'habillage), idéatoire («plus capable de préparer le café»), idéo-motrice (erreurs à la «simulation d'actes élémentaires»)
  - Agnosie : «erreurs à la dénomination d'objets courants»
  - Evolution progressive («de plus en plus importants»), chronique («plus d'un an»)
  - Déclin net par rapport au fonctionnement antérieur

2) Quel est le diagnostic le plus probable ? (argumenter)

Maladie d'Alzheimer :

- Troubles mnésiques
- Syndrome aphaso-apraxo-agnosique
- Déclin du fonctionnement antérieur
- Evolution progressive et chronique
- Pas d'argument en faveur d'une autre origine que dégénérative (notamment vasculaire)
- Alzheimer : argument de fréquence, pas de syndrome frontal au premier plan (évocateur d'une démence fronto-temporale ou d'une maladie de Pick)
- Terrain compatible : âge > 65 ans

3) Détaillez votre examen clinique.

- Entretien :
  - Avec un accompagnant proche de monsieur A.
  - Anamnèse : antécédents médicaux personnels et familiaux, facteurs de risque cérébro-vasculaires, exogénose, traitements actuels et antérieurs, histoire de la maladie
  - Evaluation cognitive : mémoire, orientation, langage, praxies, gnosies, fonctions exécutives (calculs, jugement, pensée abstraite), passation d'un MMSE
  - Retentissement : échelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living)
  - Troubles psychiatriques : dépression, idées délirantes, hallucinations

- Examen physique :
  - Etat général
  - Niveau de vigilance (éliminer une confusion mentale)
  - Examen cardiovasculaire : auscultation des axes artériels, mesure de la PA
  - Déficit sensoriel auditif et / ou visuel
  - Examen neurologique : doit être normal +++
    - Syndrome pyramidal avec signe de Babinski
    - Syndrome pseudo-bulbaire
    - Syndrome parkinsonien
    - Troubles sphinctériens
    - Troubles de la posture et de la marche
    - Troubles de la verticalité du regard
- Au moindre doute persistant : bilan neuropsychologique complet en milieu spécialisé

4) Quels examens complémentaires sont recommandés à titre systématique ?

Selon les recommandations de l'ANAES (Février 2000) :

- Biologiques : TSH ultra-sensible, NFS, VS, ionogramme sanguin, calcémie, glycémie
- ECG
- Imagerie cérébrale sans produit de contraste : au mieux IRM, sinon TDM

N.B. : Les autres examens ne sont pas systématiques, mais réalisés en fonction du contexte clinique : TPHA-VDRL, sérologie VIH, dosage de la vitamine B12, des folates, bilan hépatique, ponction lombaire, EEG.

5) Comment allez-vous apprécier l'évolution des troubles ?

- Evaluation standardisée +++
- Pour l'intensité des troubles cognitifs : MMSE (Mini Mental State Examination)
- Pour le retentissement : échelle IADL avec, en particulier, 4 items très sensibles : utilisation du téléphone, des transports, prise des médicaments, gestion des finances

6) Quelle prise en charge proposez-vous ?

- Maintien à domicile le plus longtemps possible
- Traitement du syndrome dépressif : augmenter la posologie du DEROXAT® à 30 mg par jour (1 cp 1/2)
- Mesure de protection des biens (tutelle)
- Sociothérapie : exonération du ticket modérateur (100 %), aide à domicile...
- Stimulation intellectuelle : lecture, club de jeux
- Eventuellement (forme légère à modérément sévère) : anticholinestérasique central type ARICEPT (donepezil) : 5 mg par jour initialement puis 10 mg / jour
- Psychothérapie de soutien, information des proches
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

GRILLE DE CORRECTIONS N°17

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Terrain	5
	Syndrome dépressif	10
	Syndrome démentiel	10
QUESTION 2 : **15 points**	Maladie d'Alzheimer	8
	Arguments	7
QUESTION 3 : **20 points**	Entretien	8
	Examen physique	8
	Bilan neuropsychologique si besoin	4
QUESTION 4 : **15 points**	TSH ultra-sensible	2
	NFS, VS	2
	Ionogramme sanguin, calcémie, glycémie	2
	ECG	2
	Imagerie cérébrale sans produit de contraste : au mieux IRM, sinon TDM	7
QUESTION 5 **10 points**	Evaluation standardisée	5
	MMSE, IADL	5
QUESTION 6 : **15 points**	Maintien à domicile	2
	Augmenter DEROXAT® à 30 mg par jour	3
	Mesure de protection des biens (tutelle)	2
	Sociothérapie : 100 %, aide à domicile...	2
	Stimulation intellectuelle	1
	Eventuellement ARICEPT® doses	2
	Psychothérapie de soutien	1
	Information des proches	1
	Surveillance efficacité et tolérance du traitement	1

DOSSIER 18

Monsieur J., 32 ans, est conduit aux urgences par les pompiers, à la suite d'un «malaise» sur la voie publique. Depuis son arrivée en France il y a 3 ans, ce patient haïtien a été hospitalisé à deux reprises, pour un épisode de diarrhée prolongée, puis pour une pneumocystose pulmonaire. Il ne prend actuellement aucun traitement.

L'inspection note un patient cachectique, apathique, à la démarche discrètement ataxique. L'examen neurologique relève d'emblée un contraste entre la rareté des mouvements spontanés et un comportement de préhension quasiment automatique. L'entretien révèle un déficit de la mémoire épisodique et de la fluence verbale. On est surtout impressionné par la persévération massive après échec à la dénomination d'objets courants. Monsieur J. semble triste, mais reste surtout inexpressif, comme indifférent à ses troubles. On ne met pas en évidence de propos délirants. Sa logeuse vous apprend qu'il est «comme ça» depuis quelques mois, ne faisant plus rien de ses journées.

Le patient est apyrétique, sa PA est à 100 – 60 mmHg, sa FC à 64 / minute.

---

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostic le plus probable ?

3) Citez les autres atteintes cérébrales rencontrées dans ce contexte ?

4) Quel examen d'imagerie préconisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

5) Quel est le pronostic du tableau actuel ?

6) Dans cette pathologie en général, quels sont les moments à haut risque suicidaire ?

REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Homme jeune
  - Originaire d'une zone d'endémie du VIH
  - Cachexie et antécédent d'infection opportuniste (pneumocystose pulmonaire) évoquant une infection VIH au stade de SIDA
  - Absence de traitement anti-rétroviral
- Altération de l'état général : cachexie
- Syndrome «frontal» (sous-cortico-frontal) :
  - Apathie
  - Akinésie («rareté des mouvements spontanés»)
  - Apragmatisme («ne faisant plus rien de ses journées»)
  - Diminution de la fluence verbale
  - Comportement de préhension forcée (grasping) et persévération traduisent l'atteinte des fonctions inhibitrices frontales
  - Anosodiaphorie («indifférent à ses troubles»)
- Syndrome démentiel :
  - Troubles mnésiques
  - Alexie, agnosie («échec à la dénomination d'objets courants»)
  - Syndrome frontal (QS)
  - Evolution progressive et chronique («depuis quelques mois»)
- Symptômes d'allure dépressive : apathie, tristesse, anesthésie affective, ralentissement psychomoteur
- Symptômes neurologiques : ataxie de la marche, akinésie, syndrome frontal (QS)
- Signes négatifs : apyrexie, pas de délire patent, pas de signe neurologique de localisation

2) Quel est le diagnostic le plus probable ?

Leuco-encéphalopathie VIH :
- Probable infection VIH au stade de SIDA (antécédent de pneumocystose pulmonaire)
- Absence de traitement anti-rétroviral
- Syndrome démentiel d'allure frontale et d'évolution récente
- Pas de fièvre ni de signe neurologique de localisation

3) Citez les autres atteintes cérébrales rencontrées dans ce contexte ?

- Infections opportunistes :
  - Encéphalopathie CMV
  - Toxoplasmose cérébrale
  - Leuco-Encéphalite Multiple Progressive (papillomavirus JC)
  - Autres : syphilis tertiaire, cryptococcose ou tuberculose neuroméningée, HSV, VZV
- Lymphome cérébral
- Neurotoxicité médicamenteuse : AZT®, ADIAZINE®, DISULONE®, CYMEVAN®, RIMIFON®, MYAMBUTOL®, RIFADINE®...

4) Quel examen d'imagerie préconisez-vous ? Qu'en attendez-vous ?

- Imagerie par résonance magnétique : IRM cérébrale (T1, T2, T1 avec gadolinium)
- On recherche :
  - Une atrophie cérébrale sous-corticale : dilatation biventriculaire
  - Des hypersignaux T2 de la substance blanche, non rehaussés par le gadolinium
  - Surtout des signes négatifs : absence d'image évocatrice d'un lymphome cérébral ou d'une infection opportuniste.

5) Quel est le pronostic du tableau actuel ?

- Les pronostics spontanés vital et fonctionnel sont mauvais avec une évolution vers le décès en moins d'un an dans un tableau de démence profonde.
- Sous trithérapie anti-rétrovirale, le pronostic vital semble moins rapidement défavorable.

6) Dans cette pathologie en général, quels sont les moments à haut risque suicidaire ?

Classiquement, deux moments à haut risque :

- Les jours qui suivent l'annonce de la séropositivité
- L'apparition des premières complications organiques

Les jours suivant l'annonce d'un échappement thérapeutique sont également à haut risque chez un patient à un stade souvent avancé de la maladie.

GRILLE DE CORRECTIONS N°18

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 25 points	Terrain	3
	Altération de l'état général : cachexie	3
	Syndrome «frontal» (sous-cortico-frontal)	3
	Syndrome démentiel	3
	Symptômes d'allure dépressive	3
	Symptômes neurologiques	2
	Apyrexie	2
	Pas de délire patent	3
	Pas de signe neurologique de localisation	3
QUESTION 2 : 20 points	Leuco-encéphalopathie VIH	15
	Arguments	5
QUESTION 3 : 15 points	Encéphalopathie CMV	2
	Toxoplasmose cérébrale, LEMP	2
	Syphilis tertiaire, cryptococcose ou tuberculose neuroméningée, HSV, VZV	3
	Lymphome cérébral	4
	Neurotoxicité médicamenteuse	4
QUESTION 4 : 15 points	IRM cérébrale	8
	Signes radiologiques	7
QUESTION 5 : 15 points	Mauvais	10
	Sous trithérapie : moins mauvais	5
QUESTION 6 : 10 points	Deux moments	2
	Annonce de la séro +	4
	L'apparition des premières complications	4

DOSSIER 19

Madame P., 31 ans, est amenée aux urgences par son mari pour troubles du comportement. Monsieur P. explique que, depuis 48 heures, son épouse est particulièrement anxieuse. La nuit dernière, elle n'a pratiquement pas dormi, craignant qu'il n'arrive «quelque chose» à son bébé. Ce matin, madame P. s'est mise à tenir des propos incohérents, niant l'existence du nouveau-né. Elle a agressé physiquement son médecin traitant qui l'a immédiatement dirigée vers le service des urgences.

A l'entretien, madame P. semble «ailleurs», tantôt exalté et volubile, tantôt perplexe et mutique, comme hébétée. Elle déclare que Satan lui a volé son enfant et que son mari veut la tuer. Par moments, madame P. se croit chez elle et s'inquiète de n'avoir pas encore été conduite à la maternité pour y accoucher.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel diagnostic psychiatrique évoquez-vous ?

3) Quels sont les trois diagnostics différentiels à éliminer ?

4) Proposez un traitement à cette patiente.

5) Quelles sont les modalités évolutives de cet épisode ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

- Terrain :
  - Femme d'âge supérieur à 30 ans
  - Contexte de post-partum : «nouveau-né»
  - Primiparité
- Prodromes anxieux avec insomnie
- Puis tableau confuso-délirant brutal :
- Syndrome confusionnel :
  - Trouble de la vigilance avec obnubilation de la conscience : «hébétée»
  - Perplexité anxieuse
  - Désorientation temporo-spatiale : «se croit chez elle», avant l'accouchement
- Syndrome délirant :
  - Aigu
  - Probablement onirique car s'inscrivant dans un tableau confusionnel
  - Centré sur le nouveau-né :
    * Négation : «niant l'existence»
    * Menace : «craignant qu'il n'arrive quelque chose à son bébé»
    * Vol : «Satan lui a volé son enfant»
  - Autres thèmes :
    * Persécutif : «son mari veut la tuer»
    * Mystique : «Satan»
  - Mécanismes essentiellement intuitif et imaginatif, éventuellement interprétatif
  - Adhésion totale au délire, ce dont témoignent :
    * les troubles du comportement : passage à l'acte hétéro-agressif
    * la participation affective intense avec labilité thymique
- Pas d'argument pour une origine organique ou toxique

2) Quel diagnostic psychiatrique évoquez-vous ?

Psychose puerpérale ou psychose confuso-délirante du post-partum :
- Tableau confuso-délirant aigu brutal
- Survenant en post-partum
- Centré sur le nouveau-né
- Sans argument pour une origine organique

3) Quels sont les trois diagnostics différentiels à éliminer ?

- Thrombophlébite cérébrale : imagerie cérébrale en urgence avec injection de produit de contraste et acquisition précoce au temps artériel (angio-scanner ou angio-IRM)
- Rétention placentaire
- Cause infectieuse

4) Proposez un traitement à cette patiente.

- Hospitalisation en urgence en psychiatrie, si besoin sous contrainte :
  - Séparation initiale mère-enfant
  - Réintroduction secondaire, au mieux au sein d'une unité mère-enfant
- Eliminer une cause organique et notamment une thrombophlébite cérébrale par un angio-scanner ou une angio-IRM
- Arrêt de l'allaitement
- Chimiothérapie :
  - Neuroleptique anti-productif :
    - Classique type HALDOL® 5 mg : 3 cp par jour
    - Ou atypique type SOLIAN® à dose anti-productive : 200 mg 3 fois par jour
  - Neuroleptique sédatif : TERCIAN® 25 mg : 3 à 6 cp par jour
- Alternative : électro-convulsivo-thérapie, en première intention en cas d'urgence
- Psychothérapie de soutien axée sur la relation mère-enfant
- Soutien et information du mari
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement : FC, PA, vigilance, état d'hydratation, température, syndrome délirant, troubles du comportement

5) Quelles sont les modalités évolutives de cette épisode ?

- 80 % d'évolution favorable vers la guérison avec toutefois des récidives fréquentes lors des grossesses ultérieures.
- 20 % d'évolution vers une maladie maniaco-dépressive ou une schizophrénie.

GRILLE DE CORRECTIONS N°19

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain	4
	Prodromes anxieux	4
	Syndrome confusionnel	8
	Syndrome délirant (thèmes, mécanismes, adhésion)	13
	Absence d'organicité	1
QUESTION 2 : **15 points**	Psychose puerpérale	10
	Arguments	5
QUESTION 3 : **15 points**	Thrombophlébite cérébrale	5
	Rétention placentaire	5
	Cause infectieuse	5
QUESTION 4 : **25 points**	Hospitalisation, urgence, psychiatrie, si besoin sous contrainte	3
	Séparation initiale mère-enfant	3
	Réintroduction secondaire	2
	Eliminer une cause organique	3
	Arrêt de l'allaitement	3
	HALDOL® 5 mg : 3 cp par jour ou SOLIAN®	3
	TERCIAN® 25 mg : 3 à 6 cp par jour	2
	Psychothérapie de soutien	2
	Soutien et information du mari	2
	Surveillance	2
QUESTION 5 : **15 points**	Evolution favorable, 80 %	3 – 2
	Evolution vers une MMD	4
	Evoution vers une schizophrénie	4
	20 %	2

DOSSIER 20

18 h 30 au service des urgences, un soir de semaine : votre collègue vous remet le bip de l'interne de garde avec un soulagement visible. En effet, depuis quelques minutes, Hervé N., box du fond, a entrepris une démolition méthodique du mobilier.

A votre arrivée, ce jeune homme de 28 ans marque une courte pause pour insulter sa famille, qui tente en vain de le calmer. Sourd à leurs efforts, monsieur N. achève le négatoscope de son bras vengeur, avant de se tourner vers vous...

---

1) **Caractérisez le tableau présenté par monsieur N.**

2) **Quels grands axes cliniques sont à explorer dans l'immédiat ?**

3) **Dans quels contextes rencontre-t-on ce type de tableau ?**

4) **Monsieur N. refuse d'être examiné et menace physiquement l'équipe des urgences. Quelle conduite à tenir préconisez-vous ?**

5) **Quelle surveillance instaurez-vous ?**

REPONSE

1) Caractérisez le tableau présenté par monsieur N.

- Etat d'agitation psychomotrice
- Réalisant une urgence médico-psychiatrique
- En raison du risque majeur de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif

2) Quels grands axes cliniques sont à explorer dans l'immédiat ?

- Interrogatoire de l'entourage :
  - Circonstance de survenue des troubles : conflit, traumatisme...
  - Antécédents psychiatriques et somatiques du patient
  - Recherche d'une prise de toxiques, de médicaments, d'alcool
- Examen somatique recherchant une cause organique :
  - Recueil des signes fonctionnels : douleur +++
  - Syndrome confusionnel : trouble de la vigilance, désorientation temporo-spatiale
  - Hémodynamique (FC, PA), température, état d'hydratation
  - Examen neurologique
  - L'examen clinique guidera la prescription des examens complémentaires
- Examen psychiatrique :
  - Syndrome délirant
  - Etat thymique
  - Anxiété
  - Efficience intellectuelle
  - Personnalité sous-jacente : éléments de personnalité antisociale ou borderline

3) Dans quels contextes rencontre-t-on ce type de tableau ?

- Confusion mentale : urgence maximale car étiologie organique (QS), notamment neurologique, endocrinienne ou toxique (intoxication aiguë ou syndrome de sevrage)
- Agitation anxieuse : attaque de panique dans le cadre d'un trouble panique, d'une phobie...
- Maladie maniaco-dépressive : mélancolie anxieuse ou fureur maniaque
- Psychose : BDA, moment fécond du schizophrène paranoïde, hyperkinésie paradoxale du schizophrène hébéphréno-catatonique, exaltation passionnelle du paranoïaque...
- Personnalité pathologique : antisociale (psychopathie) ou «borderline» (état limite)
- Syndrome démentiel et arriération mentale
- Agitation réactionnelle : douleur, stress aigu post-traumatique

4) Monsieur N. refuse d'être examiné et menace physiquement l'équipe des urgences. Quelle conduite à tenir préconisez-vous ?

- Dans l'immédiat, traitement symptomatique de l'agitation :
  - Isolement du patient avec mise à l'écart des proches
  - Box fermé, au calme, patient allongé et maintenu
  - Chimiothérapie : neuroleptique sédatif type LOXAPAC® 2 ampoules de 50 mg en IM, à renouveler si persistance des troubles après 30 minutes
  - Surveiller FC et PA avant et après l'injection
- Dès que possible :
  - Instaurer un contact verbal, expliquer la prise en charge au patient et à l'entourage
  - Eliminer une cause organique : examen clinique complet, complété si besoin par des examens complémentaires (alcoolémie, dosage du CO...)
  - Débuter un traitement étiologique
- Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

5) Quelle surveillance instaurez-vous ?

- Tolérance du traitement :
  - Tolérance hémodynamique : PA, FC
  - Température et état d'hydratation
  - Tolérance neurologique : dyskinésies et dystonies aiguës précoces
  - Vigilance
- Efficacité du traitement : diminution de l'agitation psychomotrice

GRILLE DE CORRECTIONS N°20
(sur 100 points)

QUESTION 1 : **15 points**	Etat d'agitation psychomotrice	5
	Urgence médico-psychiatrique	5
	Risque majeur de passage à l'acte	5
QUESTION 2 : **15 points**	Interrogatoire de l'entourage	4
	Examen somatique	4
	Examens complémentaires fonction de la clinique	3
	Examen psychiatrique	4
QUESTION 3 : **25 points**	Confusion mentale	3
	Agitation anxieuse	4
	Maladie maniaco-dépressive	3
	Psychose	4
	Personnalité pathologique	3
	Syndrome démentiel et arriération mentale	4
	Agitation réactionnelle	4
QUESTION 4 : **30 points**	Isolement du patient	4
	Box fermé, au calme, patient allongé et maintenu	4
	LOXAPAC® 2 ampoules de 50 mg en IM	5
	Surveiller FC et PA	3
	Instaurer un contact verbal	4
	Eliminer une cause organique	4
	Traitement étiologique	3
	Surveillance clinique et paraclinique	3
QUESTION 5 : **15 points**	Tolérance du traitement :	2
	Hémodynamique	2
	Température et état d'hydratation	2
	Tolérance neurologique	2
	Vigilance	2
	Efficacité du traitement	5

DOSSIER 21

PédoPsychiatre en ville, vous recevez un jeune nourrisson en consultation. Par la suite, la famille est amenée à vous consulter à plusieurs reprises pour persistance de symptômes gênants : en effet, il a pendant plusieurs années «fait pipi au lit», il est resté très longtemps un garçon agité et impulsif. Son langage a toujours été problématique. Dernièrement, vous revoyez cet enfant à l'occasion de difficultés scolaires persistantes. Il est âgé de 9 ans et est scolarisé en CE1.

---

1) Citer en précisant l'âge, les grands axes de développement de l'enfant jusqu'à deux ans (réflexes archaïques, posture, langage).

2) A partir de quand aurait-on pu parler d'énurésie et quel en aurait été le traitement ?

3) Citer les étiologies pouvant être à l'origine de difficultés scolaires ?

4) Vous posez un diagnostic d'hyperactivité (ou instabilité psychomotrice). Quels sont les signes cliniques à rechercher ?

5) Après un bilan complet dans un service de pédopsychiatrie, vous apprenez que votre patient présente un quotient intellectuel à 65 (résultats homogènes).

   Quel est le diagnostic, quelles en sont les étiologies possibles ?

REPONSES

1) Citer en précisant l'âge, les grands axes de développement de l'enfant jusqu'à deux ans (réflexes archaïques, posture, langage).

- Réflexes archaïques : ils sont présents à la naissance puis disparaissent par la suite
  - Réflexe de Moro : mouvement abduction du bras déclenché par une stimulation labyrinthique : disparaît vers 5 mois
  - Marche automatique : disparition vers le 5ème mois
  - Réflexe d'allongement croisé : mouvement de flexion-abduction du membre inférieur controlatéral après stimulation de la plante du pied opposé : disparition avant 8 mois
  - Réflexe grasping (agrippement) : préhension des doigts après stimulation des paumes : disparition vers 4 mois
- Posture :
  - A 1 mois : soulève le menton du lit
  - A 2 mois : disparition de l'hypertonie en flexion des membres
  - A 3 mois : maintien de la tête droite
  - A 6 mois : assis avec équilibre instable
  - A 8 mois : position assise
  - A 9 mois : marche à quatre pattes
  - Entre 12 et 18 mois : marche acquise
- Langage :
  - Vers 10 mois : apparition du premier mot
  - A 2 ans : l'enfant peut combiner deux mots
  - Vers 3 ans : apparition du pronom «je»
  - Vers 5 ou 6 ans : le système phonétique complet est maîtrisé

2) A partir de quand aurait-on pu parler d'énurésie et quel en aurait été le traitement ?

L'énurésie est une miction active, complète, involontaire, diurne et/ou nocturne après l'âge de l'acquisition normale de la propreté : environ 5 ans.

L'énurésie ne doit pas être due à un trouble physique comme par exemple le diabète ou l'épilepsie.

Traitement :

- Mesures générales :
  - Diminution des apports hydriques le soir
  - Suppression des couches et des soins pour diminuer les «bénéfices secondaires» de l'enfant
  - Correction des mesures éducatives trop rigides

- Mesures comportementales :
  - Avertisseur sonore (Pipi Stop) : dès l'émission des premières gouttes d'urine, un circuit électrique placé entre le matelas et le drap, actionne une sonnerie qui réveille l'enfant
  - Tenue par l'enfant d'une feuille quotidienne où il note la fréquence de l'énurésie
- Psychothérapie de soutien brève
- Chimiothérapie : uniquement si les méthodes ci-dessus ne suffisent pas
  - TOFRANIL® ou ANAFRANIL® (Antidépresseur Tricyclique) : 1 à 2 mg/kg/jour
  - Pendant 3 mois au maximum
- Autres :
  - MINIRIN® (analogue de l'hormone antidiurétique naturelle) : en administration nasale au coucher
  - DITROPAN® (antispasmodique)

3) Citer les étiologies pouvant être à l'origine de difficultés scolaires ?

1) Trouble somatique : (asthénie) : affection organique (néoplasie, maladie invalidante...)
2) Trouble de l'adaptation : agressivité, anxiété, après un deuil ou un conflit familial
3) Trouble des conduites (conduite psychopathique) : impulsivité, absentéisme scolaire
4) Déficit sensoriel ou moteur
5) Troubles psychomoteurs : tics, hyperactivité, dyspraxie, dysgraphie
6) Dyscalculie : trouble de l'apprentissage de l'arythmétique
7) Trouble du langage : dysphasie, dyslexie-dysorthographie, bégaiement
8) Retard mental
9) Autisme, schizophrénie
10) Phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif, attaque de panique, angoisse de séparation

4) Vous posez un diagnostic d'hyperactivité (ou instabilité psychomotrice). Quels sont les signes cliniques à rechercher ?

Trois signes cliniques importants :

- Hyperactivité désordonnée avec agitation, court partout
- Impulsivité : passe d'une activité à l'autre
- Distractibilité : n'écoute pas, distrait

Autres :

- Irritabilité, opposition, brutalité
- Labilité émotionnelle avec quête affective
- Enurésie, trouble du sommeil, retard de langage

Ce sont des signes cliniques à rechercher dans le milieu familial, dans le milieu scolaire et dans le milieu social (club de sport)

5) Après un bilan complet dans un service de pédopsychiatrie, vous apprenez que votre patient présente un quotient intellectuel à 65 (résultats homogènes).
Quel est le diagnostic, quelles en sont les étiologies possibles ?

QI < 70 mais supérieur à 50-55 : c'est donc un retard mental léger

Etiologies :

- Causes inconnues : 30 à 40 %
- Atteintes endogènes :
  - Anomalies chromosomiques : trisomie 21, sd «X» fragile
  - Erreurs innées du métabolisme :
    - phénylcétonurie, muccopolysaccharidose
  - Malformation cranio-cérébrale : hydrocéphalie malformative
  - Dysplasie neuro-ectodermique congénitale :
    - sclérose de Bourneville
    - Recklinghausen
- Arriérations acquises :
  - Embryopathies infectieuses
  - Souffrance cérébrale (anoxie cérébrale)
  - Encéphalite, sd de West, traumatisme
  - Causes environnementales : carence affective

GRILLE DE CORRECTIONS N°21

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **19 points**	Réflexes archaïques : 4 types	8
	Posture : 7 phases	7
	Langage : 4 phases	4
QUESTION 2 : **21 points**	L'acquisition normale de la propreté : environ 5 ans.	5
	Traitement :	
	Mesures générales	4
	Mesures comportementales	4
	Psychothérapie de soutien	4
	Chimiothérapie	4
QUESTION 3 : **20 points**	Trouble somatique	2
	Trouble de l'adaptation	2
	Trouble des conduites	2
	Déficit sensoriel ou moteur	2
	Troubles psychomoteurs	2
	Dyscalculie	2
	Trouble du langage	2
	Retard mental	2
	Autisme, schizophrénie	2
	Phobie sociale	2
QUESTION 4 : **20 points**	Hyperactivité	5
	Impulsivité	5
	Distractibilité	5
	Irritabilité, énurésie, opposition, brutalité	5
QUESTION 5 : **20 points**	Un retard mental léger	5
	Causes inconnues	5
	Atteintes endogènes	5
	Arriérations acquises	5

DOSSIER 22

Une femme de 26 ans est adressée aux urgences médicales de l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris pour des troubles du comportement.

Elle présente depuis 48 heures, une insomnie totale avec une hyperactivité motrice et psychique stérile. Son discours est continu, on retrouve à l'interrogatoire des achats récents inhabituels avec souscription à de multiples crédits. L'humeur est joyeuse. Elle nous explique qu'elle est revenue de Nice en taxi car elle ne supportait plus d'attendre un avion pour remonter à Paris (dépense de 1 500 euros).

---

1) **Quel diagnostic peut-on retenir ?**

2) **Quelle mesure de protection des biens proposez-vous en urgence ? Citer les modalités d'ouverture.**

3) **Citer les principales pathologies psychiatriques entrant dans le cadre du handicap mental chez l'adulte.**

4) **Définir le terme de déficience.**

REPONSES

1) Quel diagnostic peut-on retenir ?

Episode maniaque

- Devant un syndrome maniaque :
  - Terrain : personne jeune
  - Troubles du comportement à type d'excitation physique et psychique
  - Logorrhée
  - Dépenses inconsidérées
  - Insomnie sévère

2) Quelle mesure de protection des biens proposez-vous en urgence ? Citer les modalités d'ouverture.

En urgence, et devant l'ampleur des achats, on proposera une mesure de protection des biens de type sauvegarde de justice

Modalités d'ouverture :

- 2 modalités d'ouverture :
  - soit par une déclaration du médecin (psychiatre) sur certificat médical simple adressé au Procureur de la République
  - soit par le Juge des Tutelles, demande également transmise au Procureur de la République
- La sauvegarde prend effet immédiatement
- La protection est valable 2 mois, renouvelable 3 fois si besoin
- Les droits civiques, politiques, juridiques sont conservés
- Les actes du patient sont annulés ou réduits

3) Citer les principales pathologies psychiatriques entrant dans le cadre du handicap mental chez l'adulte.

- Retard mental
- Schizophrénie
- Paraphrénie
- Psychoses paranoïaques
- Psychose hallucinatoire chronique
- Confusion
- Anorexie et boulimie
- Dépression sévère
- Syndrome maniaque
- Toxicomanie sévère
- Alcoolisme chronique
- Trouble obsessionnel compulsif, phobies, maladie de Gilles de la Tourette

4) Définir le terme de déficience.

La déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique

GRILLE DE CORRECTIONS N°22

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Episode maniaque	5
	Devant un syndrome maniaque :	
	Terrain : personne jeune	3
	Troubles du comportement à type d'excitation physique et psychique	5
	Logorrhée	4
	Dépenses inconsidérées	4
	Insomnie sévère	4
QUESTION 2 : **25 points**	Sauvegarde de justice	5
	2 modalités d'ouverture :	3
	soit par certificat médical simple	3
	soit par le Juge des Tutelles	3
	adressé au Procureur de la République	2
	prise d'effet immédiatement	3
	protection valable 2 mois, renouvelable 3 fois si besoin	2
	les droits civiques, politiques, juridiques sont conservés	2
	les actes du patient sont annulés ou réduits	2
QUESTION 3 : **25 points**	Retard mental	2
	Schizophrénie, Paraphrénie, Psychoses paranoïaques	6
	Psychose hallucinatoire chronique	2
	Confusion	2
	Anorexie et boulimie	2
	Dépression sévère, Syndrome maniaque	4
	Toxicomanie sévère	2
	Alcoolisme chronique	2
	Trouble obsessionnel compulsif, phobies, maladie de Gilles de la Tourette	3
QUESTION 4 : **25 points**	Perte de substance	10
	Altération d'une structure	5
	Altération psychologique, physiologique ou anatomique	10

DOSSIER 23

Un homme de 36 ans vient consulter pour des «problèmes sexuels». Il désire connaître un certain nombre d'informations sur des déviances sexuelles dont il dit souffrir. Vous êtes l'Externe de D3 et vous allez tenter de répondre aux interrogations de ce drôle de bonhomme.

---

1) Donner la définition de «Exhibitionnisme».

2) Donner la définition de «Pédophilie».

3) Donner la définition de «Sadisme sexuel».

4) Donner la définition de «Voyeurisme».

5) Comment aller vous évaluer les conduites sexuelles de votre patient ?

REPONSES

1) Donner la définition de «Exhibitionnisme».

Consiste à exposer ses organes génitaux devant une personne étrangère prise au dépourvu par ce comportement. Ces comportements surviennent de façon répétée et intense

2) Donner la définition de «Pédophilie».

C'est une perversion sexuelle, caractérisée par l'attirance érotique ressentie par un sujet pour des mineurs impubères ou des pré-adolescents, à un stade encore ambigu de leur identité sexuelle.

3) Donner la définition de «Sadisme sexuel».

Implique des actes (réels, non simulés), dans lesquels la souffrance psychologique ou physique de la victime (y compris son humiliation) déclenche une excitation sexuelle chez le sujet. Survient de façon répétée et intense

4) Donner la définition de «Voyeurisme».

Consiste à observer une personne nue, ou en train de se déshabiller, ou en train d'avoir des rapports sexuels et qui ne sait pas qu'elle est observée. Survient de façon répétée et intense

5) Comment aller vous évaluer les conduites sexuelles de votre patient ?

Pour évaluer les conduites sexuelles, il faut :

* *Une évaluation organique* **(gynécologique ou urologique)** et psychiatrique
  - **Interrogatoire :**
    - Chronicité des troubles, antécédents somatiques, familiaux
    - Toxicomanie, alcoolisme, développement intellectuel
    - Vie fantasmatique, activité sexuelle (masturbations)
    - Caractère impulsif, actes médico-légales
    - Recherche d'une pathologie psychiatrique : schizophrénie, état borderline...
    - Répercussions psychiques et physiques d'éventuelles difficultés sexuelles

- **Examen clinique :**
    - Eliminer une pathologie organique (urologique, gynécologique, neurologique)
    - Examen cardio-vasculaire à la recherche de pathologies thrombotiques

- **Examens complémentaires :**
    - Evaluation de l'érection pénienne : pléthysmographie
    - Bilan hormonal (testostérone, œstradiol, LH)
    - Bilan cardiologique et neurologique fonction de la symptomatologie
    - Avis génétique éventuel

GRILLE DE CORRECTIONS N°23

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **18 points**	Exposer ses organes génitaux devant une personne	9
	Ces comportements surviennent de façon répétée et intense	9
QUESTION 2 : **18 points**	Perversion sexuelle	9
	Attirance érotique ressentie pour des mineurs	9
QUESTION 3 : **18 points**	Implique des actes (réels, non simulés)	5
	La souffrance psychologique ou physique de la victime (y compris son humiliation)	5
	Déclenche une excitation sexuelle chez le sujet.	4
	Survient de façon répétée et intense	4
QUESTION 4 : **18 points**	Observer une personne nue	4
	ou en train de se déshabiller	4
	ou en train d'avoir des rapports sexuels	4
	et qui ne sait pas qu'elle est observée	4
	Survient de façon répétée et intense	2
QUESTION 5 : **28 points**	Evaluation organique	5
	Gynécologique et urologique	5
	Psychiatrique	5
	Interrogatoire	5
	Examen clinique	5
	Examens complémentaires	3

DOSSIER 24

Un enfant de 9 ans est adressé à votre consultation pour des troubles du comportement. Au cours de l'entretien, vous vous interrogez sur le diagnostic de ce jeune enfant.

---

1) **Quels sont les 3 piliers fondamentaux en Pédopsychiatrie ?**

2) **A quel diagnostic pensez-vous si ce jeune patient présente une excitation motrice associée à des conduites impulsives ?**

3) **Préciser le profil épidémiologique et les symptômes retrouvés dans le Trouble Oppositionnel avec Provocation.**

4) **Quelles sont les complications que l'on peut rencontrer dans les troubles des conduites ?**

REPONSES

1) Quels sont les 3 piliers fondamentaux en Pédopsychiatrie ?

- Evaluation sémiologique précise de l'enfant

- Evaluation scolaire avec mise en avant des résultats scolaires, de la présence ou non des symptômes dans l'institution scolaire et de la répercussion dans la relation enfant-entourage social

- Evaluation familiale avec mise en évidence de la dynamique familiale, de la présence des symptômes dans la famille et de la répercussion des symptômes dans la relation enfant-famille

2) A quel diagnostic pensez-vous si ce jeune patient présente une excitation motrice associée à des conduites impulsives et une impatience marquée ?

Syndrome hyperkinétique de l'enfant

3) Préciser le profil épidémiologique et les symptômes retrouvés dans le Trouble Oppositionnel avec Provocation.

- Epidémiologie :
    - début des troubles vers 7-8 ans
    - sex ratio : prédominance du sexe masculin
    - symptomatologie pouvant faire suite à un syndrome hyperkinétique

- Symptômes :
    - provocation, opposition, colères, faible coopération
    - agressivité, irritabilité, susceptibilité

4) Quelles sont les complications que l'on peut rencontrer dans le trouble des conduites ?

- Abus de toxiques, alcoolisme
- Activité sexuelle précoce
- Difficultés scolaires avec déscolarisation
- Troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles du sommeil
- Actes de délinquance avec délits judiciaires

GRILLE DE CORRECTIONS N°24

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Evaluation sémiologique précise de l'enfant	9
	Evaluation scolaire	8
	Evaluation familiale	8
QUESTION 2 : **25 points**	Syndrome hyperkinétique de l'enfant	25
QUESTION 3 : **25 points**	Début des troubles vers 7-8 ans	5
	Prédominance du sexe masculin	5
	Pouvant faire suite à un syndrome hyperkinétique	5
	Provocation, opposition, colères, faible coopération	5
	Agressivité, irritabilité, susceptibilité	5
QUESTION 4 : **25 points**	Abus de toxiques, alcoolisme	5
	Activité sexuelle précoce	5
	Difficultés scolaires avec déscolarisation	5
	Troubles anxieux, dépressifs, troubles du sommeil	5
	Actes de délinquance avec délits judiciaires	5

DOSSIER 25

Alors que vous effectuez un stage d'Externe chez un Médecin Généraliste, celui-ci vous interroge sur la façon d'aborder les patients. A l'arrivée de la première patiente, vous remarquez de suite dans sa démarche et son contact que la relation médecin-malade sera probablement difficile.

---

1) **Quels sont les 4 éléments essentiels intervenant dans la relation médecin-malade ?**

2) **Donner une définition au processus de transfert.**

3) **Quels sont les 3 symptômes que l'on retrouve dans une attitude régressive ?**

4) **Que doit comporter l'information médicale apporter à cette patiente ?**

REPONSES

1) Quels sont les 4 éléments essentiels intervenant dans la relation médecin-malade ?

- Le processus de transfert
- Le patient
- Le médecin
- Le malade

2) Donner une définition au processus de transfert.

Acte par lequel un malade reporte sur son médecin les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait, dès l'enfance, et de manière latente, pour une autre personne (le plus souvent un de ses parents)

3) Quels sont les 3 symptômes que l'on retrouve dans une attitude régressive ?

- Réduction des intérêts et des activités
- Dépendance accrue envers l'entourage
- Revendication affective plus marquée

4) Que doit comporter l'information médicale apporter à cette patiente ?

- Annonce de la maladie et de son pronostic
- Annonce des investigations complémentaires et des traitements envisagés
- Annonce des avantages et des inconvéniants prévisibles du traitement

GRILLE DE CORRECTIONS N°25

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Le processus de transfert	7
	Le patient	6
	Le médecin	6
	Le malade	6
QUESTION 2 : **25 points**	Acte par lequel un malade reporte sur son médecin	6
	les sentiments d'affection ou d'hostilité	7
	qu'il éprouvait, dès l'enfance	6
	pour une autre personne (le plus souvent un de ses parents)	6
QUESTION 3 : **25 points**	Réduction des intérêts et des activités	9
	Dépendance accrue envers l'entourage	8
	Revendication affective plus marquée	8
QUESTION 4 : **25 points**	Annonce de la maladie et de son pronostic	8
	Annonce des investigations complémentaires et des traitements envisagés	9
	Annonce des avantages et des inconvénients prévisibles du traitement	8

DOSSIER 26

Alors que vous êtes de garde pour la xième fois dans la semaine, vous avez bien évidemment dormi que quelques minutes entre les points de suture d'un alcoolique nocturne et le tonus de votre salle de garde, votre Chef de Clinique vous interroge :

Il est alors 8 heures du matin, il vient de se réveiller !

Monsieur l'Externe, savez-vous ce que représente le secret médical ?

L'interrogatoire va commencer :

Cher Externe, vous devrez à l'avenir annoncer un diagnostic fatal à un de vos patients que vous connaissez depuis longtemps. Mais vous jugez votre patient comme susceptible de ne pas pouvoir accepter ce diagnostic.

---

1) Quelle conduite adoptez-vous dans cette situation ?

2) A quoi correspond le secret médical dans les textes ?

3) Quelle peut-être la conséquence juridique d'une violation du secret médical ?

4) Le secret médical est-il opposable au patient ?

REPONSES

1) Quelle conduite adoptez-vous dans cette situation ?

- Le code de déontologie prévoit que le patient puisse être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave

- Dans ce cas, la famille peut être prévenue sauf si le patient interdit cette révélation ou désigne explicitement les personnes à qui elle doit être faite

- Cette dérogation déontologique est laissée à l'appréciation du médecin

2) A quoi correspond le secret médical dans les textes ?

- Le secret médical correspond à tout ce qu'a pu confier le patient au médecin

- Egalement, le secret médical correspond à tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou déduire au cours de son exercice

3) Quelle peut-être la conséquence juridique d'une violation du secret médical ?

La conséquence peut-être une poursuite pénale à la demande du parquet

4) Le secret médical est-il opposable au patient ?

Non, l'information médicale est une nécessité dans la relation médecin-malade

GRILLE DE CORRECTIONS N°26

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Code de déontologie	5
	Laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave	5
	Dans ce cas, la famille peut être prévenue	5
	sauf si le patient interdit cette révélation	5
	Dérogation déontologique laissée à l'appréciation du médecin	5
QUESTION 2 : **25 points**	Tout ce qu'a pu confier le patient au médecin	15
	Tout ce que le médecin a pu voir, entendre ou déduire au cours de son exercice	10
QUESTION 3 : **25 points**	Poursuite pénale à la demande du parquet	25
QUESTION 4 : **25 points**	Non	18
	Nécessité dans la relation médecin-malade	7

DOSSIER 27

Vous effectuez la contre-visite du service à l'hôpital Cochin, brutalement la secrétaire médicale vous interpelle afin que vous puissiez communiquer des informations médicales à différents intervenants.

Il est très justement midi, on est samedi et vous vous inquietez pour votre match de rugby de cet après-midi : le fameux France-Galles.

---

1) Que devient le secret médical dans le cadre d'informations médicales que vous demande un collègue médecin ?

2) Une compagnie d'assurance de votre patient vous fait parvenir une demande de renseignements médicaux, quelle est votre conduite à tenir ?

3) Votre patient vous demande quels sont les cas de force majeure qui permettent de lever le secret médical, que lui répondez-vous ?

4) Une procédure judiciaire par la suite implique votre patient. Que devient le secret médical si vous êtes appelés à comparaître ?

5) Enfin quel a été le score du match de rugby France-pays de Galles ce jour là (1983) ?

REPONSES

1) Que devient le secret médical dans le cadre d'informations médicales que vous demande un collègue médecin ?

- Le secret entre médecins persiste, seule dérogation possible : s'il y a collaboration aux soins entre ces praticiens dans l'intérêt du patient

- Seuls les faits médicaux «utiles» peuvent être transmis

2) Une compagnie d'assurance de votre patient vous fait parvenir une demande de renseignements médicaux, quelle est votre conduite à tenir ?

- N'adresser aucune information médicale à la compagnie d'assurance à l'insu du malade

- Vous pouvez proposer au patient de lui fournir un certificat médical qu'il transmettra à sa compagnie d'assurance afin de justifier les prestations prévues par le contrat

3) Votre patient vous demande quels sont les cas de force majeur qui permettent de lever le secret médical, que lui répondez-vous ?

- Sevices à mineur
- Viol
- Avortement criminel
- Meurtre en cours de réalisation

4) Une procédure judiciaire par la suite implique votre patient. Que devient le secret médical si vous êtes appelés à comparaître ?

Le médecin reste lié par le secret professionnel devant un tribunal

5) Enfin quel a été le score du match de rugby France-pays de Galles ce jour là (1983) ?

La France bat le pays de Galles par un score de 16 à 9

GRILLE DE CORRECTIONS N°27

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Le secret entre médecins persiste	10
	Seule dérogation possible : s'il y a collaboration	10
	Seuls les faits médicaux «utiles» peuvent être transmis	5
QUESTION 2 : **25 points**	N'adresser aucune information médicaleà l'insu du malade	20
	Vous pouvez proposer au patient de lui fournir un certificat médical	5
QUESTION 3 : **25 points**	- Sevices à mineur	7
	- Viol	6
	- Avortement criminel	6
	- Meurtre en cours de réalisation	6
QUESTION 4 : **25 points**	Le médecin reste lié par le secret professionnel	25
QUESTION 5 : **0 points**	La France bat le pays de Galles par un score de 16 à 9	0

DOSSIER 28

Vous recevez à votre consultation un homme de 43 ans qui vient accompagné de ses proches. Vous lisez le courrier de son médecin de famille :

Cher Collègue, Cher Ami, merci de bien vouloir prendre en charge Mr X. endeuillé et qui présente une persistance d'insomnies sévères et d'apathie.

---

1) Quel est le risque d'un deuil pathologique ?

2) Quelles sont les 3 phases de déroulement d'un deuil normal ?

3) Qu'est-ce qu'un deuil pathologique ?

4) Quels sont les facteurs de risque d'un deuil pathologique ?

5) Quelles peuvent être les manifestations rencontrées chez un enfant endeuillé ?

REPONSES

1) Quel est le risque d'un deuil pathologique ?

Le passage à l'acte suicidaire

2) Quelles sont les 3 phases de déroulement d'un deuil normal ?

- Le choc
- La dépression réactionnelle
- Le soulagement

3) Qu'est-ce qu'un deuil pathologique ?

- C'est une fixation à l'une des étapes du deuil normal
- Ces réactions de deuil pathologique peuvent être brèves ou prolongées

4) Quels sont les facteurs de risque d'un deuil pathologique ?

- Affaiblissement médical
- Trouble de la personnalité préexistant
- Personnalité immature, dépendante
- Personnalité isolée ou solitaire
- Circonstance tragique de la perte (assassinat…)
- Nature de la personne disparue (enfant…)
- La personne âgée

5) Quelles peuvent être les manifestations rencontrées chez un enfant endeuillé ?

- Changement de caractère (instabilité, irritabilité)
- Fléchissement scolaire
- Perturbations du comportement (insomnie, anorexie)

GRILLE DE CORRECTIONS N°28

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **20 points**	Le passage à l'acte suicidaire	20
QUESTION 2 : **21 points**	Le choc La dépression réactionnelle Le soulagement	7 7 7
QUESTION 3 : **10 points**	C'est une fixation à l'une des étapes du deuil normal	10
QUESTION 4 : **28 points**	Affaiblissement médical Trouble de la personnalité préexistant Personnalité immature, dépendante Personnalité isolée ou solitaire Circonstance tragique de la perte (assassinat...) Nature de la personne disparue (enfant...) La personne âgée	4 4 4 4 4 4 4
QUESTION 5 : **21 points**	Changement de caractère (instabilité, irritabilité) Fléchissement scolaire Perturbations du comportement (insomnie, anorexie)	7 7 7

DOSSIER 29

Alors que vous êtes médecin dans un établissement hospitalier, votre Chef de Service vous annonce que le service devrait prochainement faire l'objet d'une démarche d'accréditation.

Vous vous interrogez sur les pratiques de l'ANAES et sur les principes de l'accréditation.

---

1) Quelles sont les missions de l'ANAES ?

2) Quels sont les 6 objectifs principaux de l'accréditation ?

3) Comment se déroule une procédure d'accréditation ?

4) Rôle et composition du Collège d'accréditation ?

5) Résultats possibles d'une procédure d'accréditation ?

REPONSES

1) Quelles sont les missions de l'ANAES ?

- organisation de recommandations et de Conférences de Consensus
- actions de formations pour les professionnels de santé
- la conduite des démarches d'accréditation des établissements de santé
- production d'avis scientifiques et techniques indépendants sur la liste des actes et prestations remboursés par l'assurance maladie
- évaluation des actions et des programmes de Santé Publique

2) Quels sont les 6 objectifs principaux de l'accréditation ?

- appréciation de la qualité et de la sécurité des soins
- appréciation de la capacité de l'établissement à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient
- formulation de recommandations explicites
- implication des professionnels à tous les stades de la démarche de qualité
- la reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé
- l'amélioration continue de la confiance du public

3) Comment se déroule une procédure d'accréditation ?

- la procédure est engagée à l'initiative du représentant légal de l'établissement
- l'établissement procède d'abord à une autoévaluation à partir d'un manuel d'accréditation et élabore un rapport d'autoévaluation
- une équipe d'experts-visiteurs de l'ANAES se déplace ensuite dans l'établissement pour effectuer la visite d'accréditation
- l'équipe rédige un rapport de visite établi à partir des résultats de l'autoévaluation et de leur visite sur le site
- le Collège d'accréditation de l'ANAES examine le rapport, détermine des recommandations, fixe les modalités de suivi de ces recommandations et arrête le délai au bout duquel l'établissement doit engager une nouvelle procédure

4) Rôle et composition du Collège d'accréditation ?

- le Collège comprend 11 membres nommés par le Ministre de la Santé, sur proposition du Conseil scientifique de l'ANAES pour un mandat de 3 ans renouvelable 1 fois
- Ce collège comprend :
  - → 3 membres compétents dans le domaine des soins médicaux
  - → 3 membres compétents dans les domaines de la pharmacie ou des soins paramédicaux
  - → 2 médecins spécialisés dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins
  - → 3 membres spécialisés dans la gestion des établissements de santé
- le Collège assure la conformité de la procédure d'accréditation, à analyser et valider les rapports d'accréditation
- le Collège établit chaque année un rapport d'activité qu'il transmet au Directeur général de l'ANAES

5) Résultats possibles d'une procédure d'accréditation ?

- le Collège d'accréditation valide un document comportant :
  - → les conclusions des experts-visiteurs
  - → les observations de l'établissement
  - → les appréciations du Collège
- ce rapport comprendra :
  - → ses propres appréciations
  - → les recommandations (sur proposition des experts-visiteurs)
  - → les modalités de suivi de ces recommandations
  - → le délai au terme duquel interviendra une nouvelle procédure
- appréciations possibles :
  - → sans réserve
  - → avec observations
  - → avec réserves
  - → avec réserves majeures

GRILLE DE CORRECTIONS N°29

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 20 points	Organisation de Conférences de Consensus	4
	Actions de formations	4
	Démarches d'accréditation des établissements	4
	Production d'avis scientifiques et techniques	4
	Evaluation des actions de Santé Publique	4
QUESTION 2 : 20 points	Appréciation de la qualité et de la sécurité des soins	3
	Appréciation de la capacité de l'établissement	4
	Recommandations explicites	3
	Implication des professionnels dans la qualité	4
	La reconnaissance externe de la qualité des soins	3
	L'amélioration continue de la confiance du public	3
QUESTION 3 : 20 points	Initiative du représentant légal de l'établissement	4
	Autoévaluation avec rapport d'autoévaluation	4
	Experts-visiteurs de l'anaes se déplacent	4
	L'équipe rédige un rapport de visite	4
	Le collège d'accréditation de l'anaes examine le rapport	4
QUESTION 4 : 20 points	Le Collège comprend 11 membres :	4
	3 membres dans le domaine des soins médicaux	2
	3 membres dans les domaines de la pharmacie	2
	2 médecins spécialisés dans la qualité	2
	3 membres dans la gestion des établissements	2
	Le Collège assure la conformité de la procédure	4
	Le Collège établit chaque année un rapport d'activité	4
QUESTION 5 : 20 points	Validation d'un document par le collège	2
	Appréciations	2
	Recomandations	4
	Modalités de suivi	4
	4 types d'appréciations	8

DOSSIER 30

Alors que vous débutez vos premières semaines d'Externe, vous êtes frappés par un document retrouvé affiché à l'entrée du service : la chartre du patient hospitalisé.

Votre Chef de Clinique qui passe par là, voudrez-vous expliquer en quelques mots la notion d'éthique et de déontologie médicale.

---

1) **Quels sont les droits principaux de votre patient**
2) **Quels sont, en quelques mots, les grands principes de la chartre des droits du patient hospitalisé ?**
3) **Quels sont les 4 fondements du Code de Déontologie Médicale ?**
4) **Donner une définition du terme «déontologie»**
5) **Qu'est ce que l'égalité d'accès aux soins médicaux ?**

REPONSES

1) Quels sont les droits principaux de votre patient

- Droit à l'information médicale concernant leurs troubles
- Information sur les effets indésirables des thérapeutiques
- Accès à son dossier médical
- Nécessité de donner son consentement
- Droit au respect de la chartre des patients hospitalisés

2) Quels sont, en quelques mots, les grands principes de la chartre des droits du patient hospitalisé ?

- Accès pour tous au service public hospitalier
- Respect des soins médicaux
- Information du patient et de ses proches désigné par le patient
- Secret médical non opposable au patient
- Consentement médical avant tout acte médical
- Hospitalisation libre (sauf HDT, HO)
- Respect de l'intimité de la personne et de la confidentialité du patient
- Accès possible au dossier médical
- Voies de réclamation au Directeur de l'hôpital

3) Quels sont les 4 fondements du Code de Déontologie Médicale ?

- Il est obligatoire (fait l'objet d'un décret validé en Conseil d'Etat)
- Code à l'origine de la garantie d'une médecine humaine et compétente
- Ce code accompagne la réflexion médicale au quotidien
- Ce code est écrit par des médecins et des juristes

4) Donner une définition du terme «déontologie»

C'est le respect des régles intérieures à un ordre

5) Qu'est ce que l'égalité d'accès aux soins médicaux ?

Tous individus, toust citoyens, sont égaux en droits et en devoirs, par conséquent, ils doivent tous pouvoir bénéficier de soins médicaux adaptés si nécessaire et ceci dans tous les territoires de notre République

GRILLE DE CORRECTIONS N°30

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Droit à l'information médicale	5
	Information sur les effets indésirables thérapeutiques	5
	Accès à son dossier médical	5
	Nécessité de donner son consentement	5
	Droit au respect de la chartre des patients hospitalisés	5
QUESTION 2 : **25 points**	Accès pour tous au service public hospitalier	3
	Respect des soins médicaux	3
	Information du patient	3
	Secret médical non opposable au patient	3
	Consentement médical	3
	Hospitalisation libre	1
	Respect de l'intimité et de la confidentialité	3
	Accès possible au dossier médical	3
	Voies de réclamation au Directeur de l'hôpital	3
QUESTION 3 : **25 points**	Il est obligatoire	8
	Garantie une médecine humaine et compétente	8
	Accompagne la réflexion médicale au quotidien	5
	Ce code est écrit par des médecins et des juristes	4
QUESTION 4 : **15 points**	Le respect des régles intérieures à un ordre	15
QUESTION 5 : **10 points**	Tout citoyen peut bénéficier de soins médicaux	10

DOSSIER 31

Hugo, âgé de 20 ans, étudiant en première année de médecine, est amené par sa mère au CMP pour une consultation. D'après sa mère, il a toujours été un enfant sans problème, très brillant. Sa première année de médecine se passait sans difficulté jusqu'à l'échec aux premiers partiels. Depuis, il s'isole dans sa chambre ou il discute à haute voix sous sa couverture avec chacun de ses organes (cœur, foie, poumon, etc.). «Je dois obéir, c'est eux qui contrôlent tout !» lui dira-t-il.

Durant l'entretien avec le psychiatre, Hugo expliquera que suite à une révélation céleste, ses organes sont devenus des personnages autonomes. Depuis ils lui parlent et revendiquent parfois leur indépendance. Le pire c'est quand ils sont dans la discorde : «mon poumon droit est jaloux du gauche et ne veut plus respirer avec lui !»

Il est très angoissé et se demande ce qu'il va devenir si ses organes décident de le quitter. Il adhère complètement à ces idées, semble imperméable à toute critique, fasciné et persuadé de ce qu'il dit.

Il donne un sens personnel à tout élément de son environnement (la bouche d'aération signifie qu'il «va passer à la trappe», les postes d'incendie signifient qu'il s'agit «d'une affaire de sang»). Il semble totalement perdu, et pourtant il connaît son nom, son adresse, la date et l'année.

Hugo explique qu'il a l'impression que sa tête est ouverte et que tout le monde peut lire ses pensées, même à distance, car son monde intérieur n'a plus de limite et son intimité est universelle et accessible à tous...

Au cours de son hospitalisation, il va se montrer souvent agité, il va passer du rire aux larmes, il fera état de voix qui lui parlent.

Son état va s'améliorer sous traitement psychotrope adéquat et permettra sa sortie au bout de 26 jours d'hospitalisation. Hugo critique son épisode et s'en étonne en disant qu'il ne se reconnaissait plus lui-même et que ça l'a pris comme un éclair, sans qu'il puisse véritablement réagir.

---

1) Relevez les signes cliniques présentés par Hugo

2) Faites une discussion diagnostique

3) Quels traitements proposez-vous ?

4) Discutez l'importance du bon choix thérapeutique et de sa conduite lors de ce premier épisode

REPONSES

1) Relevez les signes cliniques présentés par Hugo

- Idées délirantes de possession, d'influence, mystiques
- Délire mal systématisé se développant en réseau
- Hallucinations cénesthésiques et auditives
- Angoisse de morcellement
- Adhérence totale au délire
- Apparition brusque du tableau pathologique
- Perte de l'intimité psychique
- Pas de syndrome confusionnel : bonne orientation temporale et spatiale
- Humeur très labile avec des passages fréquents de la tristesse au rire et à une angoisse d'anéantissement
- Bonne réponse au traitement neuroleptique avec rémission totale et critique de l'épisode
- Age jeune
- Apparition du syndrome à l'occasion d'une tension psychique importante : échec au premiers partiels

2) Faites une discussion diagnostique

- Syndrome délirant qui survient chez un jeune homme, «comme un éclair dans un ciel serein» avec une symptomatologie très hétérogène, mêlant idées délirantes polymorphes, hallucinations pluri sensorielles et labilité de l'humeur : bouffée délirante aigue.
- La BDA représente un syndrome psychotique qui classiquement évolue pour 1/3 vers une schizophrénie, 1/3 vers une maladie bipolaire et 1/3 vers une guérison sans séquelles
- Il s'agit d'une urgence psychiatrique

3) Quels traitements proposez-vous ?

- Le traitement classique des bouffées délirantes aiguës sont les neuroleptiques dits anti-productifs tels l'halopéridol ou la risperidone.
- Les dosages sont souvent dans un premier temps assez importants à la recherche d'une sédation et d'une anxiolyse. Ils seront adaptés individuellement par la suite

4) Discutez l'importance du bon choix thérapeutique et de sa conduite lors de ce premier épisode

- Parmi les effets indésirables, les effets extrapyramidaux doivent être traités rapidement quand ils sont présents, de l'efficacité de cette correction dépendant la compliance future du patient à son traitement
- Il semble que l'efficacité à court et long terme du traitement neuroleptique dépende de la rapidité de son instauration

GRILLE DE CORRECTIONS N°31

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 25 points	Idées délirantes de possession, d'influence, mystiques	4
	Délire mal systématisé, en réseau, brutal	3
	Hallucinations cénesthésiques et auditives	3
	Angoisse, adhérence au délire	3
	Pas de syndrome confusionnel	3
	Humeur labile	3
	Bonne réponse au neuroleptique, critique de l'épisode	3
	Age jeune, facteur déclenchant psychique	3
QUESTION 2 : 25 points	Bouffée délirante aiguë	15
	Types d'évolution	5
	Urgence psychiatrique	5
QUESTION 3 : 25 points	Neuroleptiques dits anti-productifs tels l'halopéridol ou la risperidone	15
	Les dosages sont importants au début	5
	Puis adaptés par la suite	5
QUESTION 4 : 25 points	Les effets extrapyramidaux doivent être traités	10
	Rapidité de l'instauration du traitement neuroleptique	15

DOSSIER 32

M.C. est un cadre supérieur de 42 ans, marié et père de quatre enfants. Il est amené aux urgences par les pompiers, qui ont été appelés sur son lieu de travail. Ils y ont trouvé M.C. dans un état de grande excitation, menaçant ses collaborateurs qu'il traitait d'incapables et tenant des propos mégalomaniaques : «j'ai remporté le contrat du siècle, et ces abrutis ont tout fait rater !... Plusieurs milliards qui sont en jeu !».

Le patient adopte un ton survolté. Incapable de rester en place, il marche dans les couloirs, parle sans cesse, explique à tous les passants «son cas», demande de téléphoner tout de suite à sa famille, à son patron, à son avocat, à ses collaborateurs. Il se montre très exubérant et gesticule beaucoup.

Il s'exprime avec un débit verbal accéléré. Il déclare ne plus avoir besoin ni de boire, ni de manger, ni de dormir. «Je peux tout entreprendre et tout réussir» dit-il.

Depuis une semaine, ses collègues ont remarqué avec étonnement sa façon originale de s'habiller : cravate multicolore Disney, chemise rouge, coiffure avec deux tresses bleu et vert, piercing labial.

Mme C. dit redouter pour son époux un licenciement. Elle se montre très affectée par les troubles de son mari, ce qui motive sa demande d'aide. Elle se dit inquiète devant sa conduite alimentaire : il lui arrive de manger une dizaine de fois dans la journée avec voracité. La veille de son hospitalisation, M. C. a fait des chèques de 1 000 euros au nom de chacun de ses amis, «cadeau de l'Empereur, pour qu'ils boit un coup à mon anniversaire dans trois mois».

Mme C. explique qu'il s'agit du troisième épisode de ce type. Elle dit qu'elle s'en doutait : depuis quelques semaines, elle le trouve «excité» et agressif. Il ne dort plus la nuit, passe sont temps à entreprendre des projets de plus en plus irréalistes.

Le patient est admis à l'hôpital contre son gré (hospitalisation à la demande de son épouse). Il en ressort six semaines plus tard reconnaissant pleinement le caractère pathologique de son épisode.

---

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.

2) Quel est le diagnostique ?

3) Proposez un traitement en urgence.

4) Quel mode d'hospitalisation vous semble le plus approprié ?

5) Quelles autres mesures médicolégales vos semblent nécessaires et pourquoi ?

REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique du texte

- Grande excitation, ton survolté,
- Propos mégalomaniaques
- Agitation psycho motrice
- Logorrhée, tachylalie, expression probable d'une tachypsychie
- Exubérance vestimentaire
- Hyperphagie
- Irresponsabilité financière avec dépenses inconsidérées
- Antécédents d'épisodes maniaques
- Irritabilité agressive
- Projets irréalistes avec impression de toute-puissance
- Insomnie

2) Quel est le diagnostique ?

- Episode maniaque grave : accélération de la pensée et de la motricité, insomnie, dépenses inconsidérées, irritabilité,
- Dans le cadre d'un trouble bipolaire : troisième épisode
- Avec des manifestations psychotiques : idées délirantes de grandeur, mégalomanie, projets irréalistes

3) Proposez un traitement en urgence

- Un traitement neuroleptique sédatif est nécessaire. Le choix sera fait en fonction des antécédents du patient, des traitements en cours.
- Si les informations ne sont pas suffisantes utiliser un sédatif tel que le Loxapac® 50 mg par ampoule 2 ampoules IM. Traitement à répéter si nécessaire.
- Envisager un traitement thymorégulateur si le patient n'en utilise pas déjà un.

4) Quel mode d'hospitalisation vous semble le plus approprié ?

- Une hospitalisation sous contrainte est le plus souvent nécessaire, devant le sentiment de toute puissance du patient
- La présence de Mme C., qui par ailleurs a déjà fait l'expérience de deux épisodes maniaques de son mari, permet d'évaluer avec elle cette possibilité et si nécessaire de la solliciter pour faire une demande d'hospitalisation dans un établissement psychiatrique

5) Quelles autres mesures médicolégales vos semblent nécessaires et pourquoi ?

- Une mesure de sauvegarde de justice pour l'éventualité que le patient a fait d'autres dépenses inconsidérées.

GRILLE DE CORRECTIONS N°32

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Excitation, agitation psycho motrice	3
	Propos mégalomaniaques	5
	Logorrhée, tachylalie, irritabilité, agressivité	4
	Exubérance vestimentaire, hyperphagie	4
	Dépenses inconsidérées	3
	Antécédents d'épisodes maniaques	3
	Insomnie	3
QUESTION 2 : **15 points**	Manie délirante	5
	Dans le cadre d'un trouble bipolaire	5
	Arguments	5
QUESTION 3 : **25 points**	Neuroleptique sédatif	5
	Loxapac® 100 mg	5
	Traitement thymorégulateur à instaurer dans les 48 heures	15
QUESTION 4 : **15 points**	Hospitalisation sous contrainte	10
	S'aider de Mme C.	5
QUESTION 5 : **20 points**	Une mesure de sauvegarde de justice	20

DOSSIER 33

Vlady, étudiant à la Sorbonne, âgé de 20 ans est hospitalisé après avoir violenté son amie, qu'il accuse, depuis leur récente séparation d'utiliser un radar pour placer des pensées étranges dans sa tête. Il s'est de plus en plus isolé et paraît très préoccupé depuis environs un an. Il ne présente pas d'histoire d'addiction ou autre problème physique.

A l'examen de son état mental il est très vif, anxieux, bien orienté. Il est dysphorique, suspicieux, avec les affects émoussés, une légère fuite d'idées, des idées bizarres, sans troubles de la mémoire.

---

1) Quel syndrome décrit le mieux la pathologie de ce patient ?

2) Quel est le diagnostique le plus probable ?

3) Quel détail de son histoire personnelle et/ou familiale pourrait être significatif pour étayer votre démarche diagnostique ?

4) Pour quelle raison une psychose réactionnelle est improbable ?

REPONSES

1) Quel syndrome décrit le mieux la pathologie de ce patient ?

Il s'agit d'une **psychose**, caractérisée par la présence d'idées délirantes et de l'absence d'un syndrome organique :

- Examen physique normal
- Pas de notion d'abus de substances illicites
- Pas de syndrome confusionnel – bonne orientation temporo-spatiale
- Même si une dysphorie et une anxiété sont présentes il n'y a pas d'élément pour argumenter en faveur d'un syndrome réactionnel

2) Quel est le diagnostique le plus probable ?

Le plus probable diagnostique est la **schizophrénie** :

- Une histoire de pathologie s'aggravant depuis un an
- Une détérioration du fonctionnement psychique
- La présence d'une psychose délirante
- L'isolement social

sont suggestives

L'absence d'une pathologie évidente de l'humeur rend l'hypothèse d'une maladie bipolaire ou d'une dépression peu probables.

Le patient n'a pas d'histoire d'usage de cocaïne ou d'autres substances psycho actives.

3) Quel(s) détail(s) de son histoire personnelle et/ou familiale pourrait être significatif pour étayer votre démarche diagnostique ?

Des antécédents familiaux importants d'hospitalisations en psychiatrie peuvent indiquer un facteur génétique puissant. Parmi les cas de psychoses héritées, la schizophrénie est la plus fréquente.

Même si les conflits et traumatismes de l'enfance, l'anxiété, les facteurs de stress récents, peuvent exacerber et/ou contribuer au déclenchement d'une psychopathologie, rarement ils semblent causer une psychose.

4) Pour quelle raison une psychose réactionnelle est improbable ?

Une réaction psychotique brève ne peut pas être diagnostiquée parce que une période d'évolution croissante précède le choc émotionnel sévère que peut constituer la récente séparation. C'est cette caractéristique qui distingue une réaction psychotique, d'autres psychoses qui sont simplement exacerbées par un événement stressant.

GRILLE DE CORRECTIONS N°33

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Psychose	10
	Idées délirantes	5
	Absence d'un syndrome organique	2
	Pas de notion d'abus de substances illicites	2
	Pas de syndrome confusionnel	2
	Dysphorie	2
	Anxiété	2
QUESTION 2 : **25 points**	Schizophrénie	10
	Chronicité	2
	Détérioration du fonctionnement psychique	4
	Présence d'une psychose délirante	3
	Isolement social	2
	Absence d'une pathologie de l'humeur	2
	Pas d'usage de cocaïne ou autres	2
QUESTION 3 : **25 points**	Antécédents familiaux psychiatriques	10
	Indiquent un facteur génétique puissant	10
	La schizophrénie est plus fréquente sur le plan génétique	5
QUESTION 4 : **25 points**	Car période d'évolution croissante	15
	Précèdant le choc émotionnel sévère	10

DOSSIER 34

Didier F., âgé de 53 ans, est amené à votre consultation par son épouse qui s'inquiète des changements survenus dans le caractère de son mari, autrefois d'un naturel enjoué et dynamique.

Après avoir serré la main de monsieur F., qui a eu du mal à la lâcher, vous demandez à madame F. de retracer l'histoire des troubles. Elle vous explique que depuis le licenciement de son mari, celui-ci a changé petit à petit. Désormais, il passe ses journées au fauteuil et ne s'occupe plus de rien à la maison. Il ne prend plus aucune initiative et semble indifférent à tout. Il ne se lave plus et mange souvent avec les doigts. Elle a également remarqué une consommation excessive de vin quand il a une bouteille à portée de main. Cependant lorsqu'il n'y a plus d'alcool à la maison, monsieur F. ne boit pas et ne va pas en chercher.

Lors de votre entretien avec monsieur, celui-ci reste amimique. Il ne se plaint de rien et n'exprime ni sentiment de dévalorisation ni idée suicidaire. Pendant votre conversation, le patient a du mal à changer de sujet et répète parfois sans raison ce que vous venez de dire.

L'examen neurologique montre une légère hypertonie oppositionnelle. Monsieur F est bien orienté et, s'il échoue aux tâches de rappel libre lors de l'apprentissage de mots, il parvient à reconnaître ceux qu'il a appris dans une liste. La fluence verbale est effondrée, mais monsieur F. nomme correctement les objets qu'il tente de saisir et mime sans difficulté les gestes de la vie courante. Le MMSE est à 26/30.

---

1) Faites l'analyse sémiologique du texte.

2) Quel diagnostic évoquez-vous ?

3) Citez-en 2 formes particulières.

4) Quel type de fonctions cognitives allez-vous particulièrement explorer lors de l'examen neuropsychologique ?

5) Quel examen d'imagerie prescrivez-vous en première intention ?

6) Quelle prise en charge préconisez-vous ?

REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique du texte

- Syndrome démentiel : altération cognitive acquise, progressive et chronique à l'origine d'une altération du fonctionnement antérieur
- Syndrome frontal dont témoignent les troubles du comportement, les troubles du langage et les troubles affectifs présentés par le patient.
- Troubles du comportement :
  - Début insidieux avant 65 ans
  - Grasping et comportement de préhension
  - Perte des convenances sociales : «mange souvent avec les doigts»
  - Conduites d'hyperoralité
  - Apragmatisme : «passe ses journées au fauteuil et ne s'occupe plus de rien»

- Troubles du langage
  - Persévérations : «le patient a du mal à changer de sujet de discussion»
  - Diminution de la fluence verbale
  - Echolalie : «répète parfois sans raison ce que vous venez de dire»
  - Sans manque du mot : pas de véritable aphasie ni agnosie

- Troubles affectifs
  - Changement de caractère
  - Indifférence affective
  - Amimie
  - Apathie : «ne prend plus aucune initiative»

- Signes négatifs
  - Préservation de l'orientation
  - Troubles mnésiques préservant l'encodage
  - Pas d'apraxie idéatoire

2) Quel diagnostic évoquez-vous ?

- Démence fronto-temporale

3) Citez-en 2 formes particulières.

- Maladie de Pick
- Démence de type frontal avec atteinte du motoneurone

4) Quel type de fonctions cognitives allez-vous particulièrement explorer lors de l'examen neuropsychologique ?

- Il faut rechercher en priorité une atteinte des fonctions exécutives
- Diminution des capacités d'inhibition
- Diminution de la flexibilité mentale responsable de persévérations
- Diminution des capacités de résolution de problème
- Diminution des capacités de planification responsable d'une apraxie dynamique : altération de la séquence de Luria («tranche – poing – paume»)

5) Quel examen d'imagerie prescrivez-vous en première intention ?

- Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale sans injection
- A la recherche d'une atrophie corticale des zones fronto-temporales

6) Quelle prise en charge préconisez-vous ?

- Mesures sociales en coordination avec l'assistante sociale :
  - Maintien à domicile le plus longtemps possible avec aides à domicile et auxiliaires de vie.
  - Exonération du ticket modérateur
  - Allocation Adulte Handicapé
  - Mesure de protection des biens : sauvegarde de justice puis curatelle
  - Planification de l'institutionnalisation, quasi-inéluctable à terme.
- Psychothérapie : stimulation cognitive, psychothérapie de soutien, information et éducation des proches sur la maladie et son pronostic.
- Chimiothérapie : limiter les psychotropes, éviter les neuroleptiques.
- Suivi médical régulier.

GRILLE DE CORRECTIONS N°34

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **20 points**	Syndrome démentiel Syndrome frontal Troubles du comportement, avant 65 ans Grasping et comportement de préhension Perte des convenances sociales Apragmatisme Troubles du langage : Persévérations, Echolalie, Sans manque du mot Indifférence affective, Amimie, Apathie Préservation de l'orientation Pas d'apraxie idéatoire	1,5 1,5 1,5 1,5 – 1,5 1,5 1,5 1,5 – 1,5 – 1,5 1,5 – 1,5 – 1 0,5 0,5
QUESTION 2 : **10 points**	Démence fronto-temporale	10
QUESTION 3 : **10 points**	Maladie de Pick Démence de type frontal (atteinte du motoneurone)	5 5
QUESTION 4 : **20 points**	Rechercher une atteinte des fonctions exécutives Diminution des capacités d'inhibition Diminution de la flexibilité mentale responsable de persévérations Diminution des capacités de résolution de problème Diminution des capacités de planification responsable d'une apraxie dynamique	5 2,5 2,5 – 2,5 2,5 2,5 2,5

QUESTION 5 : **15 points**	Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale sans injection Recherche d'une atrophie corticale Des zones fronto-temporales	5 – 2,5 – 2,5 2,5 2,5
QUESTION 6 **25 points**	Maintien à domicile	2,5
	Exonération du ticket modérateur	2,5
	Allocation Adulte Handicapé	2,5
	Mesure de protection des biens : sauvegarde de justice puis curatelle	2,5
	Planification de l'institutionnalisation	2,5
	Psychothérapie cognitive	2,5
	Psychothérapie de soutien	2,5
	Limiter les psychotropes	2,5
	Eviter les neuroleptiques	2,5
	Suivi médical régulier	2,5

DOSSIER 35

Thierry C. est hospitalisé dans votre service à la suite à de troubles du comportement sur la voie publique. Il a été amené par la police après avoir menacé des passants avec un couteau de boucher.

Lors de l'entretien, monsieur C. est extrêmement méfiant et regarde discrètement sous les meubles. Lorsque vous lui demandez pourquoi, il vous demande d'arrêter de jouer avec lui : «Tout le monde est au courant, même la télé en parle ! Maintenant dans la rue, je me fais mater par les gens...» Il paraît très angoissé et tient difficilement en place. Il décrit également de drôles de sensations dans les membres et à l'impression que des formes étranges et fugaces se dessinent sur les murs et montent sur les arbres de la cour. Les couleurs lui semblent modifiées et sortir des objets sur lesquelles elles se trouvent. Monsieur C pense qu'on veut le rendre fou.

Il paraît malgré tout euthymique.

L'examen neurologique est normal de même que le bilan sanguin standard. La recherche de toxiques urinaires est positive pour le 9-tétrahydrocannabinol et la psilocybine. L'entourage du jeune homme vous apprend qu'il est dans cet état depuis la veille, à la suite d'une soirée où il aurait pris des «drogues». Il n'a aucun antécédent psychiatrique patent.

---

1) Quel diagnostic retenez-vous en priorité ? Justifiez.

2) Selon quelles modalités monsieur C. a-t-il vraisemblablement été hospitalisé ?

3) Quel traitement préconisez-vous à court terme ?

4) Quels sont les autres produits que l'on aurait pu incriminer ?

REPONSES

1) Quel diagnostic retenez-vous en priorité ? Justifiez.

- Trouble psychotique induit par une substance = pharmacopsychose (**0 si oubli !**)
- Syndrome délirant
- Thèmes dominés par la persécution et le syndrome de référence
- Mécanismes dominés par les hallucinations psychosensorielles, notamment visuelles et cénesthésiques.
- Chronologie compatible : Les symptômes sont apparus lors d'une prise de substances hallucinogènes (dérivés du cannabis, champignons hallucinogènes), de durée compatible celle de l'intoxication
- Signes négatifs : absence d'antécédent psychiatrique, de syndrome dissociatif, dépressif ou maniaque.

2) Selon quelles modalités monsieur C. a-t-il vraisemblablement été hospitalisé ?

- Hospitalisation d'office selon la loi du 27 juin 1990 et l'article 3213.1 du code de la santé publique
- En raison de troubles constituant une menace pour l'ordre public et la sûreté des personnes
- Certificat médical attestant de la dangerosité des troubles de monsieur C.
- Arrêté préfectoral rendu au vu de ce certificat.

3) Quel traitement préconisez-vous à court terme ?

- Anxiolytique : privilégier un neuroleptique sédatif, p. ex. cyamémazine (Tercian®) de préférence aux benzodiazépines compte-tenu du contexte
- Neuroleptique antipsychotique = antiproductif atypique, p. ex. amisulpride (Solian®) à dose antiproductive (400 à 800 mg par jour)
- Psychothérapie de soutien
- Information du patient sur la nature de ses troubles, les bénéfices attendus et les risques du traitement.

4) Quels sont les autres produits que l'on aurait pu incriminer ?

- LSD
- Cocaïne
- Alcool
- Solvants organiques
- Amphétamines

GRILLE DE CORRECTIONS N°35

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Pharmacopsychose : **(0 si oubli !)** Syndrome délirant Thèmes de persécution et de référence Hallucinations psychosensorielles visuelles Chronologie compatible Prise de substances hallucinogènes Absence d'antécédent psychiatrique	10 2,5 2,5 - 2,5 2,5 - 2,5 2,5 2,5 2,5
QUESTION 2 : **15 points**	Hospitalisation d'office selon la loi du 27 juin 1990 et l'article 3213.1 du code de la santé publique Menace pour l'ordre publique Certificat médical Arrêté préfectoral	2,5 – 2,5 – 2,5 2,5 2,5 2,5
QUESTION 3 : **25 points**	Tercian® Solian® : (10), 400 à 800 mg par jour : Psychothérapie de soutien Information du patient sur ses troubles	7,5 10 – 2,5 2,5 2,5
QUESTION 4 : **30 points**	- LSD - Cocaïne - Alcool - Solvants organiques - Amphétamines	5 5 10 5 5

DOSSIER 36

Suite du dossier 35 :

Dans la suite des événements, vous lisez le compte rendu de monsieur C.

L'évolution est rapidement favorable et les symptômes de monsieur C. disparaissent en quelques jours. Lors des entretiens, monsieur C. exprime fréquemment un sentiment de vide. Paniqué à l'idée que sa petite amie puisse le laisser tomber, il se montre excessivement attentionné envers elle, jusqu'à provoquer des disputes. De fait ses sentiments oscillent entre l'adoration béate et un profond ressentiment. Il décrit son humeur comme ayant toujours été très fluctuante et peut avoir des explosions de colère qu'il contrôle mal. Sur un coup de tête, il fait parfois des choses qu'il regrette par la suite et pour soulager ses angoisses, il se scarifie les avant-bras au cutter, ce dont témoignent de nombreuses cicatrices.

---

1) Quel diagnostic longitudinal évoquez-vous ? Justifiez.

2) Quel aspect de la relation médecin-malade allez-vous privilégier ?

3) Quels troubles psychiatriques fréquemment comorbides allez-vous rechercher ?

4) Quels facteurs de risque de ce trouble allez-vous rechercher à l'anamnèse ?

REPONSES

1) Quel diagnostic longitudinal évoquez-vous ? Justifiez.

- Personnalité borderline = émotionnellement labile = état limite (0 si oubli !)
- Angoisse d'abandon et sentiment chronique de vide
- Relations interpersonnelles instables avec alternance de positions extrêmes
- Instabilité affective
- Impulsivité et appétence pour les toxiques
- Difficulté à contrôler sa colère
- Automutilations répétées
- Idées de persécution transitoires en situation de stress

2) Quel aspect de la relation médecin-malade allez-vous privilégier ?

- Il faut privilégier l'alliance thérapeutique

3) Quels troubles psychiatriques fréquemment comorbides allez-vous rechercher ?

- Troubles dépressifs et conduites suicidaires
- Abus de substances et dépendance à une substance
- Troubles du comportement alimentaire

4) Quels facteurs de risque de ce trouble allez-vous rechercher à l'anamnèse ?

- Séparations précoces avec vécu abandonnique
- Sévices sexuels infantiles

GRILLE DE CORRECTIONS N°36

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **35 points**	Personnalité borderline **(0 si oubli !)**	10
	Angoisse d'abandon et sentiment chronique de vide	2,5 - 2,5
	Relations instables	
	Instabilité affective	5
	Impulsivité et appétence pour les toxiques	2
	Difficulté à contrôler sa colère	5 – 2
	Automutilations répétées	2
	Idées de persécution transitoires en situation de stress	2
		2
QUESTION 2 : **15 points**	Il faut privilégier l'alliance thérapeutique	15
QUESTION 3 : **30 points**	Troubles dépressifs et conduites suicidaires	5 – 5
	Abus de substances et dépendance à une substance	5 – 5
	Troubles du comportement alimentaire	
		10
QUESTION 4 : **20 points**	Séparations précoces avec vécu abandonnique	5 – 5
	Sévices sexuels infantiles	
		10

DOSSIER 37

Alors que vous êtes de garde, vous êtes appelé par un confrère généraliste qui vous demande conseil au sujet d'une patiente embarrassante : Aimée.

Il s'agit d'une jeune femme de 29 ans qui le harcèle depuis une dizaine de jours pour avoir des explications sur le grand amour caché qu'il lui voue. Ses dénégations n'y ont rien fait, bien au contraire. Aimée en a déduit qu'il voulait que leur amour reste caché pour ne pas alerter sa secrétaire, une amie de sa femme. Elle a compris, aux mimiques du médecin et à sa façon de lui serrer la main, qu'il la désirait et souhaitait la demander en mariage. Aimée a écrit à son promis d'innombrables lettres enflammées et s'est un jour présentée au domicile pour annoncer à l'épouse du médecin que son mari allait divorcer.

Le docteur D, amusé et flatté dans un premier temps par un tel pouvoir de séduction, commence à s'inquiéter sérieusement depuis qu'il a repéré que sa patiente passe la nuit à l'attendre dans une voiture sous son immeuble...

---

1) Quel diagnostic ce tableau clinique vous évoque-t-il ?

2) Quel risque faut-il toujours penser à évaluer ?

3) L'épouse de votre confrère a reçu plusieurs lettres d'Aimée la menaçant de mort si elle ne laissait pas son mari divorcer. Quelle conduite à tenir proposez-vous ?

4) Le thème principal retrouvé dans ce type de pathologie, peut être retrouvé dans d'autres pathologies, lesquelles ?

5) Quelles sont les phases retrouvées classiquement dans ce type de pathologie ?

REPONSES

1) Quel diagnostic ce tableau clinique vous évoque-t-il ?

Délire chronique paranoïaque passionnel de type érotomaniaque

2) Quel risque faut-il toujours penser à évaluer ?

Risque de passage à l'acte hétéroagressif

3) L'épouse de votre confrère a reçu plusieurs lettres d'Aimée la menaçant de mort si elle ne laissait pas son mari divorcer. Quelle conduite à tenir proposez-vous ?

Hospitalisation d'office selon la loi du 27 juin 1990 et l'article L-3213.1 du code la santé publique

Demande de tiers = 0 à la question : **contre-indiquée dans les délires paranoïaques.**

4) Le thème principal retrouvé dans ce type de pathologie, peut être retrouvé dans d'autres pathologies, les quelles ?

- La schizophrénie
- le discours de l'hystérie

5) Quelles sont les phases retrouvées classiquement dans ce type de pathologie ?

- Espoir
- Dépit
- Rancune

GRILLE DE CORRECTIONS N°37

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Délire chronique (5) paranoïaque (5) passionnel (5) de type érotomaniaque (15)	5 – 5 – 5 – 15
QUESTION 2 : **15 points**	Risque de passage à l'acte (10) hétéroagressif (5)	10 – 5
QUESTION 3 : **25 points**	Hospitalisation (5) d'office (10) selon la loi du 27 juin 1990 (5) et l'article L-3213.1 du code la santé publique (5) Demande de tiers = 0 à la question **: contre-indiquée dans les délires paranoïaques.**	5 – 10 – 5 – 5
QUESTION 4 : **15 points**	La schizophrénie Le discours de l'hystérie	10 5
QUESTION 5 : **15 points**	Espoir Dépit Rancune	5 5 5

DOSSIER 38

Suite du dossier 37 :

Aimée est finalement hospitalisée dans votre service. La recherche d'une prise de toxiques est négative ainsi que la recherche d'antécédents psychiatriques. A l'entretien, la patiente vous paraît exaltée et agitée. Elle se présente à vous très légèrement vêtue et veut d'emblée vous embrasser. Elle est correctement orientée dans le temps et l'espace mais ses pensées sont difficiles à suivre et ne paraissent pas liées les unes aux autres.Tout en souriant mystérieusement, elle vous explique : «C'est lui qui m'aime, il n'arrête pas de me le dire, je l'entends à chaque minute... D'ailleurs quelle heure est-il ?... Est-il... est-il là ou pas ? il me caresse la tête... Vous vous payez ma tête, j'en ai marre d'être là ! Heureusement que la peinture est belle, je suis vraiment bien ici...»

---

1) Quels éléments cliniques vont à l'encontre du diagnostic évoqué à la question 1 du dossier 38 ?

2) Quels diagnostics sont à évoquer ?

3) Quel sera votre traitement à court terme ?

4) Quel est le principal risque d'évolution dans ce type de pathologie ?

5) Comment est la thymie dans ce type de pathologie ?

REPONSES

1) Quels éléments cliniques vont à l'encontre du diagnostic évoqué à la question 1 du dossier 38 ?

Hallucinations psychosensorielles acousticoverbales : «je l'entends à chaque minute»

Trouble du cours de la pensée pouvant relever d'une diffluence (appartenant au syndrome dissociatif) ou d'une tachypsychie (appartenant au syndroma maniaque)

Désinhibition avec perte des convenances sociales

Syndrome délirant a priori aigu

NB : *des hallucinations cénesthésiques isolées en rapport avec le thème du délire ne remettraient pas en cause le diagnostic d'érotomanie*

2) Quels diagnostics sont à évoquer ?

Episode psychotique aigu = Bouffée délirante aiguë

Episode maniaque sévère à caractéristiques psychotiques = manie délirante

3) Quel sera votre traitement à court terme ?

Maintien de l'hospitalisation

Chimiothérapie :

Traitement sédatif : neuroleptique (ex. : Tercian)

Traitement antipsychotique par neuroleptique atypique : p. ex. risperidone (Risperdal®) 4 à 8 mg par jour

Psychothérapie de soutien

Discuter l'instauration d'un thymorégulateur si les symptômes thymiques sont prédominants ou en cas d'antécédents thymiques personnels ou familiaux.

4) Quel est le principal risque d'évolution dans ce type de pathologie ?

La maladie schizophrénique

5) Comment est la thymie dans ce type de pathologie ?

L'humeur est instable, fonction de l'influence du contenu délirant

GRILLE DE CORRECTIONS N°38

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 33 points	Hallucinations psychosensorielles acousticoverbales Trouble du cours de la pensée : Diffluence, tachypsychie Désinhibition sociale Syndrome délirant a priori aigu	8 5 5 – 5 5 5
QUESTION 2 : 17 points	Episode psychotique aigu = Bouffée délirante aiguë Episode maniaque sévère à caractéristiques psychotiques = manie délirante	10 7
QUESTION 3 : 30 points	Maintien de l'hospitalisation Traitement sédatif : Tercian Risperdal® : 4 à 8 mg par jour. Psychothérapie de soutien Discuter l'instauration d'un thymorégulateur si symptômes thymiques prédominants ou si antécédents thymiques personnels ou familiaux.	5 5 5 – 5 2,5 2,5 2,5 2,5
QUESTION 4 : 10 points	La maladie schizophrénique	10
QUESTION 5 : 10 points	L'humeur est instable	10

DOSSIER 39

Madame E., 29 ans, enceinte de 26 semaines d'aménorrhée, sans antécédent médical notable, a ressenti une oppression thoracique rapidement croissante, accompagnée de la sensation de suffoquer. Craignant de mourir d'une crise cardiaque, elle consulte aux urgences sans délai, accompagnée par son mari. L'examen physique est rassurant et ne montre qu'une tachycardie. Il n'y a aucun signe de M.A.P.. L'électrocardiogramme est normal ainsi que le bilan biologique. Le médecin urgentiste décide de demander un avis psychiatrique.

Madame E. vous explique qu'il s'agit de la première crise de ce type. La grossesse se déroule bien mais depuis quelques semaines, madame E. se sent découragée et inutile. Elle est fatiguée à son travail et se demande si elle sera capable de s'occuper de son enfant. Par ailleurs, elle se reproche d'inquiéter son mari. Elle n'a aucune idée suicidaire mais a du mal à trouver le sommeil et s'inquiète de crises de boulimie survenues récemment. Bien qu'elle n'ait plus guère d'appétit, elle mange plus que d'habitude.

---

1) Quel(s) diagnostic(s) portez-vous ?

2) Quelle prise en charge préconisez-vous ?

3) La grossesse de madame E. se déroule normalement jusqu'à son terme. Elle accouche sans difficulté particulière d'une petite fille mais, à son retour de maternité, madame E. se sent à nouveau submergée par le découragement. Monsieur E. tente en vain de réconforter son épouse en larmes. Craignant une rechute, il décide de la conduire aux urgences. Le couple est rassuré de voir que vous êtes à nouveau de garde...

   Que leur dites-vous ?

4) Quelle est la fréquence d'apparition du diagnostic que vous avez porté à la question 3 ?

5) Quels sont les symptômes neuropsychiques que l'on peut rencontrer au cours d'une grossesse ?

REPONSES

1) Quel(s) diagnostic(s) portez-vous ?

Episode dépressif majeur (caractérisé) = dépression

D'intensité légère

Attaque de panique = crise d'angoisse

2) Quelle prise en charge préconisez-vous ?

Prise en charge ambulatoire

Psychothérapie en première intention : il s'agit d'une dépression légère et les antidépresseurs n'ont pas prouvé leur innocuité pendant la grossesse

Education de la patient et de ses proches : information sur la dépression et son traitement

Suivi rapproché à l'approche du terme

Commentaire :

La prescription d'un antidépresseur n'est pas indispensable dans le traitement ambulatoire de première intention d'une dépression d'intensité légère, a fortiori chez une femme enceinte.

3) La grossesse de madame E. se déroule normalement jusqu'à son terme. Elle accouche sans difficulté particulière d'une petite fille mais, à son retour de maternité, madame E. se sent à nouveau submergée par le découragement. Monsieur E. tente en vain de réconforter son épouse en larmes. Craignant une rechute, il décide de la conduire aux urgences. Le couple est rassuré de voir que vous êtes à nouveau de garde…

Que leur dites-vous ?

«baby blues» ou «post-partum blues»

Evolution spontanée rapidement favorable

Suivi spécialisé préférable compte-tenu de l'antécédent d'épisode dépressif

4) Quelle est la fréquence d'apparition du diagnostic que vous avez porté à la question 3 ?

Plus de 50 % des accouchements (ce syndrome est transitoire)

5) Quels sont les symptômes neuropsychiques que l'on peut rencontrer au cours d'une grossesse ?

- La psychopolynévrite
- L'épilepsie
- L'éclampsie

GRILLE DE CORRECTIONS N°39

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **14 points**	Episode dépressif majeur	5
	D'intensité légère	4
	Attaque de panique = crise d'angoisse	5
QUESTION 2 : **20 points**	Prise en charge ambulatoire	5
	Psychothérapie	5
	il s'agit d'une dépression légère au cours de grossesse	
	Education de la patient et de ses proches	5
	Suivi rapproché à l'approche du terme	5
QUESTION 3 : **25 points**	«baby blues» ou «post-partum blues»	15
	Evolution spontanée favorable	5
	Suivi spécialisé préférable car l'antécédent d'épisode dépressif	5
QUESTION 4 : **20 points**	Plus de 50 % des accouchements (ce syndrome est transitoire)	20
QUESTION 5 : **21 points**	La psychopolynévrite	7
	L'épilepsie	7
	L'éclampsie	7

DOSSIER 40

Suite du dossier 39 :

Quinze jours après, vous retrouvez à nouveau madame E. aux urgences. Celle-ci ne tient pas en place, cherchant à entamer la conversation avec tout le monde. L'entretien est difficile, la patiente changeant sans cesse de sujet et passant du rire aux larmes. Elle explique qu'elle n'a pas de temps à perdre aux urgences car elle est attendue «en haut lieu» pour accoucher. Elle s'irrite de vos questions car, dit-elle, «vous êtes comme moi, vous savez tout». Monsieur E. vous révèle que son épouse a passé la nuit à dessiner les plans de leur future maison, une résidence de 1500 m^2 avec double piscine.

---

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

2) Quel diagnostic longitudinal suspectez-vous ? Sur quels arguments ?

3) Une chimiothérapie à long terme est indiquée chez cette patiente. De quelles précautions entourez-vous cette prescription ?

4) Quelle est la pathologie psychiatrique la plus souvent rencontrée en post-partum ?

REPONSES

1) Faites une analyse sémiologique du texte.

Syndrome maniaque :

- Humeur expansive, irritable et labile
- Accélération psychomotrice : agitation, logorrhée témoignant d'une tachypsychie à l'origine d'un trouble du cours de la pensée
- Insomnie par réduction du besoin de sommeil
- Troubles du comportement : recherche de contact, désinhibition.

Syndrome délirant aigu :

- Mécanismes intuitifs et hallucinatoires : hallucinations intrapsychiques probables à type de télépathie («vous êtes comme moi, vous savez tout»)
- Thèmes mégalomaniaques congruents à l'humeur : idées de grandeur («en haut lieu»)
- Note confusionnelle : désorientation temporelle
- Non systématisé
- Non critiqué : adhésion totale

Commentaire :

Diagnostic différentiel à éliminer : thrombophlébite cérébrale.

2) Quel diagnostic longitudinal suspectez-vous ? Sur quels arguments ?

Trouble bipolaire de l'humeur = maladie maniaco-dépressive bipolaire

Episode maniaque

Antécédent d'épisode dépressif

Argument de fréquence devant un épisode psychotique aigu du post-partum

Absence de prodromes schizophrénique

Commentaire :

80 % des «psychoses puerpérales» sont rattachées a posteriori à un trouble de l'humeur.

3) Une chimiothérapie à long terme est indiquée chez cette patiente. De quelles précautions entourez-vous cette prescription ?

Contraception efficace

Bilan préthérapeutique

Information de la patiente : risque tératogène, contre-indication de l'allaitement, modalités de surveillance, signes de surdosage, bénéfice attendu

Commentaire :

Bilan préthérapeutique :

Téralithe : examen clinique complet, ionogramme sanguin, clairance de la créatinine, protéinurie (BU), TSHus, βHCG chez les femmes en âge de procréer, ECG, EEG chez les épileptiques.

Dépakote, Dépamide, Tégrétol : NFS plaquettes, bilan hépatique (± TP)

4) Quelle est la pathologie psychiatrique la plus souvent rencontrée en post-partum ?

Les troubles thymiques (accès mélancolique, accès maniaque, dépression dysthymique)

GRILLE DE CORRECTIONS N°40

(sur 100 points)

	Syndrome maniaque	2,5
	Humeur expansive, irritable	2,5 – 2,5
	Agitation, logorrhée	2,5
	Insomnie	2,5
	Troubles du comportement, désinhibition	2,5 – 2,5
QUESTION 1 :	Syndrome délirant aigu	2,5
35 points	Mécanismes intuitifs	2,5
	Hallucinations Intrapsychiques	2,5
	Thèmes mégalomaniaques	2,5
	Désorientation Temporelle	2,5
	Non systématisé	2,5
	Adhésion Totale	2,5
	Maladie maniaco-dépressive bipolaire **(0 si oubli !)**	5
	Episode maniaque	5
QUESTION 2 :	Antécédent d'épisode dépressif	5
25 points	Argument de fréquence	5
	Absence de prodromes schizophrénique	5
	Contraception efficace **(0 si oubli !)**	5
	Bilan préthérapeutique	2,5
QUESTION 3 :	Information de la patiente	2,5
20 points	Contre-indication de l'allaitement	2,5
	Modalités de surveillance	2,5
	Signes de surdosage	2,5
	Bénéfice attendu	2,5
QUESTION 4 :	Les troubles thymiques	10
20 points	(accès mélancolique, accès maniaque, dépression dysthymique)	10

DOSSIER 41

Madame Bof, âgée de 55 ans, consulte pour un état de fatigue «permanent». Celui-ci dure depuis 1 mois et madame Bof ne se reconnaît plus. L'examen physique est cependant sans particularité. On ne retrouve pas d'antécédents médicaux ou psychiatriques notables en dehors d'une ménopause depuis 2 ans, bien supportée.

Madame Bof vous apprend qu'elle va bientôt partir en retraite anticipée à la suite d'un plan social. Comme son petit dernier vient de s'installer en concubinage, elle est un peu inquiète de se retrouver seule à la maison. Madame Bof vous explique cela sans beaucoup d'émotion, le faciès est peu expressif, l'élocution lente et monotone. Elle pleure en vous disant qu'elle ne se sent plus à la hauteur à la maison, même pour faire son ménage. Elle n'a plus envie de faire les choses de la vie courante et ne se réjouit plus de rien. Le moindre effort lui coûte et elle ne fait même plus la cuisine quand elle doit manger seule. De toute façon, elle a moins d'appétit.

Concernant son sommeil, elle se couche très tôt car elle n'arrive plus à «suivre» le film du soir. Le matin, elle se sent parfois si fatiguée qu'elle reste au lit jusqu'à midi.

Votre question sur d'éventuelles idées suicidaires étonne madame Bof qui vous répond qu'elle ne ferait jamais pareille bêtise.

---

1) Pouvez-vous porter le diagnostic d'épisode dépressif majeur ? Justifiez.

2) Quel traitement proposez-vous à Madame Bof ?

3) Vous avez revu régulièrement madame Bof en consultation. Après 4 semaines de traitement, devant l'absence d'amélioration, vous avez augmenté la posologie de l'antidépresseur. Deux semaines plus tard, les symptômes demeurent identiques.

   Quelle conduite à tenir préconisez-vous ?

4) Quels sont les modes de tentatives de suicide les plus courants ?

REPONSES

1) Pouvez-vous porter le diagnostic d'épisode dépressif majeur ? Justifiez.

- OUI (non = 0 à la question !)
- Humeur dépressive : tristesse de l'humeur («pleure»), anhédonie («ne s'égaie plus de rien»), aboulie («n'a plus envie de faire les choses»), auto-dévalorisation («ne se sent plus à la hauteur»)
- Ralentissement psychomoteur : bradyphémie («élocution lente»), troubles de la concentration («n'arrive plus à suivre le film du soir»)
- Signes généraux : anorexie, asthénie en dépit d'une hypersomnie
- Ces symptômes entraînent une altération du fonctionnement antérieur de Mme P.
- *NB : Un épisode dépressif majeur est un épisode dépressif caractérisé. Il ne s'agit pas nécessairement d'un épisode dépressif sévère et (ou) mélancolique. Il peut tout à fait être réactionnel.*

2) Quel traitement proposez-vous à Madame Bof ?

- Prise en charge ambulatoire
- Psychothérapie : au minimum psychothérapie de soutien, au mieux psychothérapie structurée (cognitivo-comportementale, systémique ou analytique)
- Chimiothérapie : antidépresseur non tricyclique non IMAO p. ex. ISRS type fluoxétine (Prozac®) 20 mg le matin.
- Informer la patiente sur le délai d'action des antidépresseurs, la dépression et les modalités du traitement.
- Encourager la reprise d'une activité sociale
- Conseiller une consultation gynécologique pour évaluer la pertinence d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause.

3) Vous avez revu régulièrement madame Bof en consultation. Après 4 semaines de traitement, devant l'absence d'amélioration, vous avez augmenté la posologie de l'antidépresseur. Deux semaines plus tard, les symptômes demeurent identiques.

Quelle conduite à tenir préconisez-vous ?

- Rechercher une malobservance
- Changer de classe d'antidépresseur : p.ex. antidépresseur tricyclique type clomipramine (Anafranil®) avec contrôle des taux plasmatiques.
- Renforcement de la psychothérapie : rapprocher les séances, choisir une psychothérapie structurée adaptée à la personnalité et aux attentes de madame Bof.

4) Quels sont les modes de tentatives de suicide les plus courants ?

- Ingestion médicamenteuse
- Phlébotomie
- Défenestration
- Pendaison
- Arme à feu

GRILLE DE CORRECTIONS N°41

(sur 100 points) 59,4/100

QUESTION 1 : **25 points**	OUI (non = 0 à la question !)	5
	Humeur dépressive	1
	Tristesse de l'humeur	1
	Anhédonie	2
	Aboulie	2
	Auto-dévalorisation	2
	Ralentissement psychomoteur : bradyphémie troubles de la concentration	2 – 2
	Signes généraux : anorexie, asthénie hypersomnie	2 – 2 – 2
	Altération du fonctionnement antérieur	2
QUESTION 2 : **25 points**	Prise en charge ambulatoire	2,5
	Psychothérapie (= 0 si oubli !)	5
	Antidépresseur non tricyclique non IMAO	2,5
	Type fluoxétine (Prozac) ; 20 mg le matin	2,5 – 2,5
	Information pour la patiente	
	Reprise d'une activité sociale	2,5
	Consultation gynécologique	2,5
	Evaluer un traitement hormonal de la ménopause	2,5
		2,5
QUESTION 3 : **25 points**	Rechercher une malobservance	5
	Changer de classe d'antidépresseur	5
	Renforcement de la psychothérapie	5
	Rapprocher les séances	5
	Psychothérapie plus structurée	5
QUESTION 4 : **25 points**	Ingestion médicamenteuse	5
	Phlébotomie	5
	Défenestration	5
	Pendaison	5
	Arme à feu	5

DOSSIER 42

Suite du dossier 41 :

Alors que vous voyez en consultaion votre secrétaire, celle-ci vous annonce que Madame Bof. veut vous voir en urgence. On est à deux mois de la dernière consultation.

Après un entretien assez long, vous constatez que les symptômes sont toujours identiques.

---

1) Comment qualifiez-vous cette situation clinique ?

2) Quel bilan proposez-vous ?

3) Madame Bof a toujours été plutôt anxieuse avec une tendance à se faire du souci pour rien. Elle appréhende les moindres évènements de la vie quotidienne, surtout quand ils ne sont pas prévus de longue date. Elle se sent complètement débordée par chaque situation et, du coup, devient beaucoup plus irritable. Ses relations avec son mari s'en ressentent. Elle dit ne plus faire attention à ce qu'elle fait et oublier «tout». Ces préoccupations excessives sont présentes dès le réveil et l'empêchent parfois de s'endormir.

   Quel diagnostic retenez-vous ? Sur quels éléments cliniques ?

4) Quels sont les principes de traitement de ce trouble ?

REPONSES

1) Comment qualifiez-vous cette situation clinique ?

- Dépression résistante (= 0 si oubli !)
- Echec de 2 traitements antidépresseurs consécutifs
- De classe différente
- Ayant été prescrits à posologie efficace pendant 4 à 8 semaines

2) Quel bilan proposez-vous ?

- Bilan clinique :
- Rechercher une malobservance du traitement : interrogatoire de la patiente, de son entourage, contrôle plasmatique.
- Rechercher la prise de médicaments dépressogènes, des conduites addictives et notamment un alcoolisme, un trouble psychiatrique comorbide (p. ex. trouble anxieux, trouble de la personnalité).
- Rechercher un trouble somatique comorbide, notamment d'origine endocrinienne (p. ex. hypothyroïdie) ou vasculaire (facteurs de risque : HTA, tabagisme, hypercholestérolémie, diabète).
- Bilan paraclinique : TSH ultra-sensible, IRM cérébrale en cas de doute sur une atteinte cérébrovasculaire, recherche d'un syndrome inflammatoire biologique.

3) Madame Bof a toujours été plutôt anxieuse avec une tendance à se faire du souci pour rien. Elle appréhende les moindres évènements de la vie quotidienne, surtout quand ils ne sont pas prévus de longue date. Elle se sent complètement débordée par chaque situation et, du coup, devient beaucoup plus irritable. Ses relations avec son mari s'en ressentent. Elle dit ne plus faire attention à ce qu'elle fait et oublier «tout». Ces préoccupations excessives sont présentes dès le réveil et l'empêchent parfois de s'endormir.

Quel diagnostic retenez-vous ? Sur quels éléments cliniques ?

- Trouble anxieux généralisé (= 0 si oubli !) comorbide d'un épisode dépressif
- Anxiété et soucis excessifs depuis plus de 6 mois
- Peu de contrôle sur les préoccupations
- Impression d'être à bout («se sent complètement débordée»)
- Troubles de concentration et de la mémoire
- Irritabilité («devient beaucoup plus irritable»)
- Perturbation du sommeil («l'empêchent parfois de s'endormir»)
- Altération du fonctionnement social («Ses relations avec son mari s'en ressentent»)
- Ces symptômes sont antérieurs de plus de 6 mois à l'humeur dépressive
- *NB : Les autres critères diagnostiques sont la tension musculaire et la fatiguabilité (ici imputable uniquement au syndrome dépressif en raison de son apparition récente)*

4) Quels sont les principes de traitement de ce trouble ?

Chimiothérapie : privilégier un antidépresseur ayant l'AMM dans l'anxiété généralisée : venlafaxine (Effexor®), paroxétine (Deroxat®).

Psychothérapie : privilégier les thérapies cognitives et comportementales et les méthodes de relaxation.

GRILLE DE CORRECTIONS N°42

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **20 points**	Dépression résistante **(= 0 si oubli !)**	10
	Echec de 2 traitements antidépresseurs consécutifs	5
	Prescrits à posologie efficace	
	Pendant 4 à 8 semaines	2,5
		2,5
QUESTION 2 : **25 points**	Bilan clinique	5
	Rechercher une malobservance	2,5
	Médicaments dépressogènes	2,5
	Conduites addictives	2,5
	Trouble psychiatrique comorbide	2,5
	Rechercher un trouble somatique comorbide	2,5
	Bilan paraclinique : TSH ultra-sensible	2,5
	IRM cérébrale en cas de doute	2,5
	Recherche d'un syndrome inflammatoire biologique	2,5
QUESTION 3 : **30 points**	Trouble anxieux généralisé (= 0 si oubli !)	5
	comorbide d'un épisode dépressif	5
	Anxiété depuis plus de 6 mois	2,5
	Peu de contrôle sur les préoccupations	2,5
	Troubles de concentration	2,5
	Irritabilité	2,5
	Insomnie	2,5
	Altération du fonctionnement social	2,5
	Symptômes antérieurs de plus de 6 mois à l'humeur dépressive	5
QUESTION 4 : **25 points**	Chimiothérapie	2
	Antidépresseur	5
	Deroxat	5
	Psychothérapie de soutien	5
	Thérapies cognitives et comportementales	5
	Relaxation	3

DOSSIER 43

Tony, âgé de 8 ans, est amené à votre consultation par sa maman qui l'a trouvé hier soir en train de lui écrire une lettre d'adieu.

Selon elle, Tony se replie sur lui-même depuis plus d'un mois. Il ne parle plus aux repas, mange beaucoup moins, ne s'intéresse plus à rien... même ses jeux habituels ne l'amusent plus. Par contre, il s'énerve plus vite et devient insolent.

La maîtresse a également remarqué que Tony délaisse ses copains à la récréation et paraît très distrait pendant les cours. Les résultats scolaires sont d'ailleurs en chute libre. Lors d'un atelier de lecture, il aurait posé beaucoup de questions sur la mort.

La maman s'inquiète aussi de la mine fatiguée de son fils qu'elle attribue à son sommeil perturbé depuis quelques temps par de nombreux cauchemars.

En dehors de l'hébergement du cousin de Tony, âgé de 18 ans, depuis 2 mois et du décès de son chien il y a 3 mois, il n'y a pas de faits en relation avec les symptômes de l'enfant.

Lors de votre entretien avec Tony, celui-ci vous parle d'une petite voix et a les larmes aux yeux. Il vous dit qu'il n'est pas un bon petit garçon. Quand vous l'interrogez sur sa lettre d'adieu, Tony vous répond qu'il est malheureux, que ses parents ne l'aiment plus et qu'il veut les laisser tranquilles.

---

1) Faites l'analyse sémiologique du tableau clinique présenté par Tony.

2) Quel diagnostic retenez-vous ?

3) Quel traitement proposez-vous ?

4) Quels sont les trois piliers fondamentaux en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique du tableau clinique présenté par Tony.

- Humeur dépressive : tristesse («larmes aux yeux», «malheureux») ; irritabilité («s'énerve plus vite et devient insolent») ; anhédonie («ses jeux habituels ne l'amusent plus») ; aboulie («ne s'intéresse plus à rien») ; autodévalorisation («il n'est pas un bon petit garçon», «ses parents ne l'aiment plus»)
- Très probable idéation suicidaire (= 0 si oubli !) («lettre d'adieu», «questions sur la mort», «veut les laisser tranquilles»)
- Ralentissement psychomoteur : troubles de concentration («très distrait pendant les cours») avec déclin scolaire («Les résultats scolaires sont d'ailleurs en chute libre»)
- Insomnie («son sommeil très perturbé») et anorexie («mange beaucoup moins»)
- Altération du fonctionnement social et scolaire («délaisse ses copains», «Les résultats scolaires sont d'ailleurs en chute libre»)

2) Quel diagnostic retenez-vous ?

Episode dépressif majeur de l'enfant

3) Quel traitement proposez-vous ?

- Hospitalisation pour évaluation et prévention du risque suicidaire (= 0 si oubli !)
- Recueil écrit du consentement parental aux soins
- Psychothérapie en 1ère intention : psychothérapie de soutien avec entretiens familiaux
- Groupe de parole (verbalisation des angoisses, revalorisation)
- Chimiothérapie : Traitement antidépresseur en 2ème intention (si résistance à la psychothérapie) : tricyclique (clomipramine®, imipramine® ou amitriptyline®) ou Prozac®. Pas de traitement anxiolytique de type benzodiazépines car risque d'effet paradoxaux et d'accoutumance, choisir si nécessaire : hydroxyzine (Atarax®)
- Education des parents et de Tony sur l'épisode dépressif majeur et sur son traitement

4) Quels sont les trois piliers fondamentaux en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

- L'évaluation sémiologique précise de l'enfant
- L'évaluation scolaire avec mise en avant des résultats scolaires, du comportement de l'enfant st de ses relations avec ses pairs et l'institution
- L'évaluation familiale avec mise en évidence de la dynamique familiale, et de l'ajustement des parents face aux éventuels symptômes de l'enfant

GRILLE DE CORRECTIONS N°43

(sur 100 points) 75/100

QUESTION 1 : 35 points	Humeur dépressive : tristesse irritabilité - anhédonie - aboulie - autodévalorisation	5 –2 –2 –2 –2 –2
	Très probable idéation suicidaire **(= 0 si oubli !)**	5
	Ralentissement psychomoteur : troubles de concentration	2 – 2
	déclin scolaire	5
	Insomnie et anorexie	2 – 2
	Altération du fonctionnement social et scolaire	2
QUESTION 2 : 20 points	Episode dépressif majeur de l'enfant	20
QUESTION 3 : 30 points	Hospitalisation **(= 0 si oubli !)**	5
	Recueil écrit du consentement parental aux soins	5
	Psychothérapie de soutien	5
	Groupe de parole	5
	Traitement antidépresseur en 2ème intention tricyclique (clomipramine®, imipramine®)	5
	Education des parents et de Tony	5
QUESTION 4 : 15 points	Evaluation sémiologique de l'enfant	5
	Evaluation scolaire	5
	Evaluation familiale	5

DOSSIER 44

Suite du dossier 43 :

Après quelques temps, Tony va un peu mieux. Six mois plus tard, la maman revient vous voir car son fils a eu un comportement inquiétant. En effet, lors d'un repas de famille, son fils a simulé un rapport sexuel de façon provocante. Lorsque vous recevez Tony, il déclare que son cousin le force à avoir des relations sexuelles avec lui. Lorsque vous essayez d'en savoir plus, Tony se tait puis déclare qu'il raconte cela pour se rendre intéressant.

---

1) Quelle décision médico-légale s'impose ?

2) Quelles en sont les suites possibles ?

3) Le cousin a reconnu avoir abusé sexuellement de Tony. Il est lui-même demandeur de soins.

   Indépendamment de toute décision judiciaire, quels sont les principes de la prise en charge pouvant lui être proposée ?

4) Quels facteurs de risque de récidive allez-vous rechercher chez le cousin de Tony ?

REPONSES

1) Quelle décision médico-légale s'impose ?

- Signalement (= 0 si oubli !) au procureur de la république ou à son substitut
- Devant une situation d'urgence de sévices à enfant : sévices intrafamiliaux
- ***NB :***

  1° La rétraction de l'enfant victime de sévices sexuels est habituelle et renforce la présomption ;

  2° «Douter de la véracité des faits rapportés par l'enfant n'appartient pas au médecin» ;

  3° Il faut signaler au Procureur de la République en cas de certitude ou d'urgence, sinon à l'ASE.

2) Quelles en sont les suites possibles ?

- Dossier classé sans suite
- Enquête sociale
- Saisie du juge des enfants
- Ordonnance de placement provisoire ou intervention de l'Aide Sociale à l'Enfance
- Pousuites pénales à l'encontre de l'auteur des sévices
- ***NB :*** *l'OPP est suivie de la saisie du juge des enfants qui la confirme ou non dans les 8 jours.*

3) Le cousin a reconnu avoir abusé sexuellement de Tony. Il est lui-même demandeur de soins.

Indépendamment de toute décision judiciaire, quels sont les principes de la prise en charge pouvant lui être proposée ?

- Psychothérapie
- Chimiothérapie antiandrogène : Androcur (acétate de cyprotérone), analogues de la GnRH
- Dépistage et traitement des troubles mentaux comorbides
- ***NB :*** *Acétate de cyprotérone : réduction de l'activité sexuelle paraphile et non paraphile ; effets secondaires réversibles : gynécomastie, cytolyse hépatique ; risque de déminéralisation ; contre-indications : psychose, épilepsie, puberté non achevée.*

4) Quels facteurs de risque de récidive allez-vous rechercher chez le cousin de Tony ?

- Paraphilie = trouble de la préférence sexuelle
- Antécédents d'infraction sexuelle
- Précocité de ces infractions
- Enfance carencée
- *NB : Le déni des troubles n'est pas un facteur de risque validé. De même, la reconnaissance des faits, l'empathie pour la victime et la motivation pour les soins ne seraient pas des facteurs protecteurs de récidive.*

GRILLE DE CORRECTIONS N°44

(sur 100 points) 68/100

QUESTION 1 : **25 points**	Signalement (**= 0 si oubli !**)	15
	au procureur de la république ou à son substitut	5
	Devant une situation d'urgence de sévices à enfant sévices intrafamiliaux	2,5 – 2,5
QUESTION 2 : **30 points**	Dossier classé sans suite	5
	Enquête sociale	5
	Saisie du juge des enfants	5
	OPP	5
	ou intervention de l'Aide Sociale à l'Enfance	5
	Pousuites pénales à l'encontre de l'auteur des sévices	5
QUESTION 3 : **25 points**	Psychothérapie	7
	Chimiothérapie antiandrogène : Androcur	6
	Dépistage et traitement des troubles mentaux comorbides	6 – 6
QUESTION 4 : **20 points**	Paraphilie = trouble de la préférence sexuelle	5
	Antécédents d'infraction sexuelle	5
	Précocité de ces infractions	5
	Enfance carencée	5

DOSSIER 45

Mademoiselle H. est adressée à la consultation de psychiatrie par un collègue neurologue pour des troubles moteurs du membre supérieur gauche.

Mademoiselle H. est une charmante secrétaire de 32 ans à l'allure juvénile. Elle s'adresse à vous avec de grands sourires et regarde intensément votre externe Matthieu. Lorsque vous lisez vos notes, la patiente penche son décolleté au-dessus de votre bureau. Très à l'aise dans votre cabinet, mademoiselle H. parle fort, rit et adopte volontiers une mimique exagérée. D'un contact superficiel, elle change rapidement de registre émotionnel.

La biographie de mademoiselle H. est floue, mais celle-ci vous fait part spontanément de ses multiples déboires amoureux et de ses difficultés sexuelles. Sa dernière rupture amoureuse date de trois mois et a été particulièrement douloureuse. Toutefois, Mademoiselle H. dit avoir rapidement et totalement surmonté cet événement difficile. D'autre part, elle souligne son besoin constant de se sentir aimée et regardée.

Quand vous l'interrogez sur ses symptômes moteurs, la patiente vous apprend que sa paralysie est apparue il y a trois mois. Elle explique ne plus pouvoir mouvoir son membre supérieur gauche et n'avoir plus aucune sensibilité à partir de la moitié distale du bras gauche. Cela ne l'inquiète pourtant pas, bien qu'elle ne puisse plus travailler.

Il n'existe aucune symptomatologie dépressive ou psychotique.

---

1) Qu'auriez-vous particulièrement recherché lors de l'examen initial de Melle H. ?

2) Quels examens paracliniques auriez-vous demandés ?

3) Ceux-ci sont normaux. Comment expliquez-vous la symptomatologie motrice et sensitive ? Justifiez.

4) Citez deux diagnostics différentiels psychiatriques.

5) Quelle prise en charge proposez-vous ?

6) Quels autres types de thérapeutiques sont parfois proposés dans ce type de pathologie ?

REPONSES

1) Qu'auriez-vous particulièrement recherché lors de l'examen initial de Melle H. ?

- Interrogatoire minutieux recherchant des antécédents neurologiques (= 0 si oubli !) et vasculaires personnels et familiaux, caractérisant le début des troubles et leur éventuelle fluctuation dans la journée, un traumatisme local
- Examen neurologique complet (= 0 si oubli !) recherchant notamment une systématisation de l'atteinte neurologique, une conservation du ballant du bras à la marche, des signes objectifs tels qu'une aréflexie, une amyotrophie ou un syndrome pyramidal.

2) Quels examens paracliniques auriez-vous demandés ?

- Imagerie cérébrale (= 0 si oubli !)
- Ponction lombaire
- Potentiels évoqués visuels et auditifs
- EMG

3) Ceux-ci sont normaux. Comment expliquez-vous la symptomatologie motrice et sensitive ? Justifiez.

- Probable conversion (= 0 si oubli !) de type mixte.
- Déficit touchant la motricité volontaire et les fonctions sensorielles suggérant une affection neurologique
- Facteurs psychologiques associés : contexte conflictuel, personnalité histrionique
- Symptôme a priori non intentionnel
- Une origine lésionnelle a été écartée par les examens complémentaires (= 0 si oubli !)
- Altération du fonctionnement professionnel
- Classiquement évocateurs : «belle indifférence» envers le symptôme et disparition des angoisses suscitées par la rupture amoureuse depuis la survenue de la paralysie.

4) Citez deux diagnostics différentiels psychiatriques.

- Simulation

Production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques grossièrement exagérés, motivée par des obligations extérieures. Fortement suspectée devant :

1) Contexte médico-légal ;
2) Discordance importante entre la souffrance rapportée et l'examen clinique ;
3) Manque de coopération au cours de l'évaluation diagnostique ou non observance des thérapeutiques ;
4) Existence d'une personnalité antisociale.

- Trouble factice

Production intentionnelle de symptômes physiques ou psychologiques dans le but de jouer un rôle de malade : absence de motifs extérieurs à ce comportement.

5) Quelle prise en charge proposez-vous ?

- Isolement : simple éloignement de l'entourage ou très courte hospitalisation.
- Traitement anxiolytique ayant pour but de diminuer l'angoisse supposée à l'origine de la conversion et en évitant les benzodiazépines en première intention.
- Psychothérapie (0 si oubli !) utilisant notamment la suggestion voire l'hypnose.
- Indication classique mais décevante de la psychanalyse, voire d'une narco-analyse en phase aiguë (pendant la période conversive).
- Education de la patiente et de sa famille sur le trouble conversif qui ne doit pas être considérée comme une simulation.
- Repérage et minimisation des bénéfices secondaires (0 si oubli !)

6) Quels autres types de thérapeutiques sont parfois proposés dans ce type de pathologie ?

- Les antidépresseurs
- Les électroconvulsivothérapies
- L'hypnose

GRILLE DE CORRECTIONS N°45

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **25 points**	Interrogatoire recherche d'antécédents neurologiques (**= 0 si oubli !**) recherche d'un traumatisme local Examen neurologique complet (**= 0 si oubli !**) recherche d'une systématisation de l'atteinte recherche d'une aréflexie, une amyotrophie ou un syndrome pyramidal.	5 5 – 2 5 2 – 2 – 2 – 2
QUESTION 2 : **15 points**	Imagerie cérébrale (**= 0 si oubli !**) Ponction lombaire Potentiels évoqués visuels et auditifs EMG	5 2 2 – 2 – 2 2
QUESTION 3 : **30 points**	Probable conversion (**= 0 si oubli !**) de type mixte Déficit touchant la motricité volontaire et les fonctions sensorielles contexte conflictuel, personnalité histrionique origine lésionnelle écartée (**0 si oubli !**) Altération du fonctionnement professionnel «belle indifférence»	10 2 – 2 2 – 2 8 2 2
QUESTION 4 : **10 points**	Simulation Arguments Trouble factice	3 2 5
QUESTION 5 : **11 points**	Isolement Traitement anxiolytique Psychothérapie (**0 si oubli !**) suggestion voire l'hypnose. Education de la patiente et de sa famille Repérage des bénéfices secondaires (**0 si oubli !**)	2 2 2 2 1 2
QUESTION 6 **9 points**	Les antidépresseurs Les électroconvulsivothérapies L'hypnose	3 3 3

DOSSIER 46

Suite du dossier 45 :

Vous allez maintenant vous interressez à l'analyse des traits de personnalité de Madame H.

Alors que vous avez repéré un certain nombre d'éléments psychopathologiques, votre collègue regarde le dossier 45 médical et vous interroge.

---

1) **Faites l'analyse sémiologique des traits de personnalité de mademoiselle H.**

2) **Quel trouble de la personnalité évoquez-vous ? Quel trouble de la personnalité évoquez-vous ?**

3) **Quel est le risque à craindre dans ce type de pathologie ?**

4) **De quel registre fait partie le trouble de personnalité que vous avez diagnostiqué ?**

5) **Quelle est la prévalence retrouvée en population générale ?**

REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique des traits de personnalité de mademoiselle H.

- Comportement de séduction = érotisation du contact inadapté.
- Utilisation de l'aspect physique pour attirer l'attention
- Expression émotionnelle superficielle et labile
- Théâtralisme = histrionisme avec exagération de l'expression émotionnelle
- Considère les relations comme plus intimes qu'elles ne le sont
- Besoin d'être au centre de l'attention d'autrui
- Flou biographique

2) Quel trouble de la personnalité évoquez-vous ?

- Personnalité histrionique = hystérique

3) Quel est le risque à craindre dans ce type de pathologie ?

Le passage à l'acte suicidaire

4) De quel registre fait partie le trouble de personnalité que vous avez diagnostiqué ?

Le registre névrotique

5) Quelle est la prévalence retrouvée en population générale ?

La personnalité histrionique concerne environ 2 à 3 % de la population générale

GRILLE DE CORRECTIONS N°46

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **40 points**	Comportement de séduction	5
	Exubérance	5
	émotion superficielle et labile	5 – 5
	Théâtralisme	5
	Erotisation des contacts	5
	Besoin d'être au centre de l'attention d'autrui	5
	Flou biographique	5
QUESTION 2 : **15 points**	Personnalité histrionique	15
QUESTION 3 : **15 points**	Le passage à l'acte suicidaire	15
QUESTION 4 : **15 points**	Le registre névrotique	15
QUESTION 5 : **15 points**	2 à 3 % de la population générale	15

DOSSIER 47

Vous êtes de garde ce jour-là aux urgences du CHU de Limoges avec le psychiatre senior, celui-ci vous paraît un peu logorhéique et il n'est pas prêt à vous laisser vous coucher de bonne heure.

Il aimerait vous interroger sur la pathologie du dernier patient que vous avez examiné :

Il s'agit de Madame Psy., 35 ans qui a consulté en urgences avec son mari pour des propos incohérents.

L'interrogatoire commence, il est 23 heures 45 :

---

1) La patiente a décrit des perceptions d'allure hallucinatoire, dans quelles pathologies psychiatriques retrouve-t-on un automatisme mental et quels sont les symptômes les plus fréquents d'automatisme mental ?

2) Après réflexion, le senior veut vous interroger sur une pathologie qu'il considère extrêmement rare, la paraphrénie. Combien existe-il de type de paraphrénie, les décrire ?

3) Un «trait de caractère» est presque toujours retrouvé dans la paraphrénie, lequel, et quels sont les modes évolutifs d'une paraphrénie ?

4) En relisant le dossier, il est mentionné «suivi ancien sur le CMP de son secteur pour une pathologie schizophrénique».

   Quels sont les facteurs de bon pronostic dans la schizophrénie ?

5) Par ailleurs, vous apprenez que la patiente a un désir futur de grossesse :

   Quel est le profil à risque d'une psychose du post-partum ?

   La grossesse a-t-elle un rôle protecteur dans le cadre de troubles psychotiques ?

REPONSES

1) La patiente a décrit des perceptions d'allure hallucinatoire, dans quelles pathologies psychiatriques retrouve-t-on un automatisme mental et quels sont les symptômes les plus fréquents d'automatisme mental ?

- Etats psychotiques aigus, début et périodes productives de schizophrénie, psychose hallucinatoire chronique
- Devinement de la pensée, phénomène d'écho de la pensée, vol de la pensée, commentaire des actes

2) Après réflexion, le senior veut vous interroger sur une pathologie qu'il considère extrêmement rare, la paraphrénie. Combien existe-il de type de paraphrénie, les décrire ?

- La confabulante (délire systématisé) : imaginatif avec une certaine cohérence des histoires
- La fantastique (non systématisé) : expériences hallucinatoires

3) Un «trait de caractère» est presque toujours retrouvé dans la paraphrénie, lequel, et quels sont les modes évolutifs d'une paraphrénie ?

- La mégalomanie : le sujet est au centre de son récit
- Les modes évolutifs :
  - Organisation du délire sur un mode d'enkystement
  - Existence de moments féconds itératifs
  - Evolution parfois sur un mode dissociatif avec apparition d'un trouble schizophrénie dit de type tardif
  - Survenue d'épisodes dépressifs

4) En relisant le dossier, il est mentionné «suivi ancien sur le CMP de son secteur pour une pathologie schizophrénique».

Quels sont les facteurs de bon pronostic dans la schizophrénie ?

- Précocité de la mise en route d'un traitement neuroleptique
- Début tardif (après 25 ans)
- Sexe féminin
- Personnalité prémorbide normale
- Début aigu
- Présence de symptômes délirants et/ou thymiques associés

5) Par ailleurs, vous apprenez que la patiente a un désir futur de grossesse :
Quel est le profil à risque d'une psychose du post-partum ?
La grossesse a-t-elle un rôle protecteur dans le cadre de troubles psychotiques ?

Il existe 1 à 2 cas de psychose du post-partum pour 1 000 accouchements

Profil à risque :
- Personnalité limite
- Primipare avec un âge supérieur à 30 ans
- Accouchement avec complications obstétricales
- Antécédent personnel de psychose aiguë (BDA)
- Antécédent familial de schizophrénie

- Oui, les troubles psychotiques sont rares pendant les 8 premiers mois de grossesse. Il existe également un rôle protecteur à l'égard des psychoses en évolution.

(Le traitement de troubles psychotiques au cours d'une grossesse serait de préférence la sismothérapie)

GRILLE DE CORRECTIONS N°47

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **20 points**	Etats psychotiques aigus	3
	Schizophrénie	3
	Psychose hallucinatoire chronique	3
	Devinement de la pensée	3
	Phénomène d'écho de la pensée, vol de la pensée,	3 – 3
	Commentaire des actes	2
QUESTION 2 : **20 points**	La confabulante	10
	La fantastique	10
QUESTION 3 : **20 points**	La mégalomanie	10
	Enkystement du délire	3
	Existence de moments féconds itératifs	1
	Evolution vers une schizophrénie dit de type tardif	3
	Survenue d'épisodes dépressifs	3
QUESTION 4 : **20 points**	Précocité d'un traitement neuroleptique	5
	Début tardif (après 25 ans)	3
	Sexe féminin	3
	Personnalité prémorbide normale	3
	Début aigu	3
	Présence de symptômes délirants et/ou thymiques	3
QUESTION 5 : **20 points**	Personnalité limite	3
	Primipare avec un âge supérieur à 30 ans	3
	Accouchement avec complications obstétricales	3
	Antécédent personnel de psychose aiguë (BDA)	3
	Antécédent familial de schizophrénie	3
	Oui	5

DOSSIER 48

Vous rencontrez au cours de votre consultation une famille qui consulte pour leur enfant sur conseil de l'établissement scolaire où il rencontre des difficultés d'adaptation.

Il s'agit d'un garçon de 9 ans 3 mois sans particularité au vu du carnet de santé.

Les deux parents l'accompagnent et semblent inquiets de son tempérament.

Ils vous ont apporté les derniers bulletins scolaires.

Après une analyse très fine du comportement de cet enfant, après une lecture des observations scolaires et après un entretien familial, vous tentez de répondre à quelques interrogations.

---

1) Les parents ont rencontré récemment un pédiatre qui leur a parlé d'un syndrome d'Asberger. Par quoi le syndrome d'Asberger se définit-il ?

2) Il a présenté des troubles du langage associés à des mouvements anormaux.

   Par quels éléments est définie la maladie de Gilles de la Tourette ?

   Donner quatre éléments qui résument un trouble du langage de type dysphasique.

3) Vous apprenez par ailleurs que cet enfant a vécu un accident de la voie publique à bord du véhicule de ses parents, 2 ans auparavant.

   Quels sont les signes spécifiques du syndrome de répétition dans le stress post-traumatique de l'enfant ?

4) Il a présenté également des difficultés lors de l'apprentissage des fonctions instinctuelles. On avait parlé à l'époque d'encoprésie.

   Pourriez-vous citer les principales étiologies de ce trouble.

5) Au vu de l'examen final pédopsychiatrique, vous constatez que ce jeune enfant souffre d'un trouble du comportement alimentaire de type anorexique.

   Quels sont les deux risques de ce type de trouble ?

REPONSES

1) Les parents ont rencontré récemment un pédiatre qui leur a parlé d'un syndrome d'Asberger. Par quoi le syndrome d'Asberger se définit-il ?

- Sexe masculin prévalent
- Bon développement mental
- Handicap dans les rapports sociaux : solitaire, bizarre, obsessionnel
- Performant dans certains domaines : astrologie, les chiffres, le cinéma

2) Il a présenté des troubles du langage associés à des mouvements anormaux.
Par quels éléments est définie la maladie de Gilles de la Tourette ?
Donner quatre éléments qui résument un trouble du langage de type dysphasique.

La dysphasie :

- C'est un trouble fonctionnel du langage sans substrat lésionnel organique cliniquement décelable
- L'efficience intellectuelle est normale
- Il existe plusieurs types de dysphasies (versant expressif et versant réceptif)
- Il existe un handicap de communication verbale durable

La maladie de Gilles de la Tourette :

- Tics moteurs et vocaux
- Survenue entre 2 et 15 ans
- Traitement possible par Haldol® et Orap®
- Plus grande fréquence chez les gauchers

3) Vous apprenez par ailleurs que cet enfant a vécu un accident de la voie publique à bord du véhicule de ses parents, 2 ans auparavant.

Quels sont les signes spécifiques du syndrome de répétition dans le stress post-traumatique de l'enfant ?

- Ruminations concernant le traumatisme
- Cauchemars récidivants
- Réactions de sursaut
- Hyperémotivité

4) Il a présenté également des difficultés lors de l'apprentissage des fonctions instinctuelles. On avait parlé à l'époque d'encoprésie.

Pourriez-vous citer les principales étiologies de ce trouble.

- Dépression
- Arriération mentale
- Organisations perverses
- Psychopathies de l'enfant
- Hyperactivité avec trouble déficitaire

5) Au vu de l'examen final pédopsychiatrique, vous constatez que ce jeune enfant souffre d'un trouble du comportement alimentaire de type anorexique.

Quels sont les deux risques de ce type de trouble ?

Le décès et l'arrêt de la croissance staturo-pondérale étant donné l'âge de l'enfant (anorexie prépubère)

GRILLE DE CORRECTIONS N°48

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **28 points**	Sexe masculin prévalent	7
	Bon développement mental	7
	Handicap dans les rapports sociaux	7
	Performant dans certains domaines	7
QUESTION 2 : **22 points**	Trouble fonctionnel du langage sans substrat lésionnel	4
	L'efficience intellectuelle est normale	4
	Plusieurs types de dysphasies	2
	Handicap de communication verbale durable	2
	Tics moteurs et vocaux	4
	Survenue entre 2 et 15 ans	2
	Traitement par Haldol et Orap	2
	Plus grande fréquence chez les gauchers	2
QUESTION 3 : **20 points**	Ruminations concernant le traumatisme	5
	Cauchemars récidivants	5
	Réactions de sursaut	5
	Hyperémotivité	5
QUESTION 4 : **20 points**	Dépression	4
	Arriération mentale	4
	Organisations perverses	4
	Psychopathies de l'enfant	4
	Hyperactivité avec trouble déficitaire	4
QUESTION 5 : **10 points**	Le décès	4
	Arrêt de la croissance staturo-pondérale	3
	Etant donné l'âge de l'enfant (anorexie prépubère)	3

DOSSIER 49

Mademoiselle A., 25 ans se présente aux urgences pour troubles du comportement :

«En entrant dans le Bon Marché je me suis mise à trembler, j'ai eu des palpitations, mon cœur s'est serré et j'ai eu l'impression que j'allais mourir. Autour de moi tout s'est mis à tourner, j'ai hurlé et je suis sortie en courant.»

En dehors d'un tabagisme évalué à 10 paquets-années, mademoiselle A n'a aucun antécédent et ne prend aucun médicament.

A l'interrogatoire, la patiente vous dit qu'elle a maigri depuis quelque mois sans raison apparente car elle ne fait pas de régime. De plus elle se sent épuisée en ce moment.

A l'examen clinique, vous notez un tremblement fin des extrémités mais vous êtes surtout frappé par l'éclat de son regard ainsi que par la présence d un goitre.

---

1) Quel est le diagnostic complet ?

2) Quelles sont les caractéristiques du goitre ?

3) Quelle est la conduite à tenir en urgence avec la posologie ?

4) Quels sont les principes de la prise en charge au décours de l'épisode aigu ?

5) Quel est votre traitement au long cours ?

6) Si la patiente, indemne de tout organicité, en était à son dixième épisode, quel serait le diagnostic et quel serait votre traitement préventif ?

REPONSES

1) Quel est le diagnostic complet ?

Attaque de panique dans le cadre d'une maladie de Basedow avec hyperthyroïdie.

2) Quelles sont les caractéristiques du goitre ?

- Diffus homogène
- Elastique mobile à la déglutition
- Indolore
- Vasculaire avec souffle à l auscultation et thrill a la palpation
- Isolé

3) Quelle est la conduite à tenir en urgence avec la posologie ?

- Traitement en urgence de l'attaque de panique
- Isolement dans un box au calme
- Attitude rassurante et bienveillante
- Benzodiazépine : (IM) TRANXENE® 50 mg

- Bilan clinique et paraclinique simple : ECG, glycémie capillaire, TSH

- Hospitalisation en endocrinologie

4) Quels sont les principes de la prise en charge au décours de l'épisode aigu ?

- Hospitalisation en endocrinologie
- Confirmer l'hyperthyroïdie : TSH T 3
- Confirmer la maladie de Basedow : TRACK et anticorps anti-thyroïdiens
  Scintigraphie thyroïdienne
- Retentissement : NFS, plaquettes, glycémie, bilan lipidique, bilan phosphocalcique, CPK
  Examen ophtalmologique
- Instituer le traitement médicamenteux par antithyroïdiens de synthèse en première intention
- Surveillance de l'état psychiatrique au décours immédiat de la crise

5) Quel est votre traitement au long cours ?

- Antithyroïdien de synthèse type NEOMERCAZOLE® dose d'attaque sous surveillance clinique et paraclinique
- β-bloquant type AVLOCARDYL®
- Anxiolytique type LEXOMIL®
- Soins oculaires et arrêt du tabac (aggrave l'ophtalmopathie)
- Contraception efficace
- Surveillance

6) Si la patiente, indemne de tout organicité, en était à son dixième épisode quel serait le diagnostic et quel serait votre traitement préventif ?

- Trouble panique

- Antidépresseur tricyclique en l'absence de contre-indication type ANAFRANIL® 75 mg/j per os pendant 6 à 12 mois ou IRSS de type DEROXAT : 1 cp par jour
- Benzodiazépine : XANAX® au début
- Psychothérapie de soutien
- Relaxation
- Bonne hygiène de vie
- Surveillance

GRILLE DE CORRECTIONS N°49
(sur 100 points)

QUESTION 1 : **15 points**	Attaque de panique dans le cadre d'une maladie de Basedow avec hyperthyroïdie.	5 5 5
QUESTION 2 : **18 points**	Diffus homogène Elastique mobile à la déglutition Indolore Vasculaire avec souffle à l'auscultation Thrill a la palpation Isolé	3 3 3 3 3 3
QUESTION 3 : **22 points**	Traitement de l'attaque de panique Isolement dans un box au calme Attitude rassurante (IM) TRANXENE® 50 mg Bilan clinique et paraclinique simple Hospitalisation en endocrinologie	3 3 3 5 3 5
QUESTION 4 : **15 points**	Hospitalisation en endocrinologie TSH et T 3 TRACK et anticorps anti-thyroïdiens Scintigraphie thyroïdienne NFS, plaquettes, glycémie, bilan lipidique, bilan phosphocalcique, CPK Examen ophtalmologique antithyroïdiens de synthèse Surveillance de l'état psychiatrique	2 2 2 2 2 2 2 1
QUESTION 5 : **15 points**	NEOMERCAZOLE® - dose d'attaque AVLOCARDYL® LEXOMIL® Soins oculaires et arrêt du tabac Contraception efficace Surveillance	4 – 2 2 2 2 2 1
QUESTION 6 : **15 Points**	Trouble panique En l'absence de contre-indication ANAFRANIL® 75 mg/j per os pendant 6 à 12 mois XANAX® Psychothérapie de soutien Relaxation Bonne hygiène de vie	2 2 3 2 2 2 2

DOSSIER 50

Madame D., 30 ans est adressée aux urgences pour prise en charge de troubles du comportement depuis deux semaines.

On note discours continu avec une multitude de projets, elle ne peut rester en place. Elle se sent très joyeuse et décrit une incroyable facilité à réfléchir et à raisonner. Son mari, lui, semble très inquiet, il l'a retrouvée à 3 heures du matin en train de repeindre, en chantant, la cage d'escalier de leur immeuble. Elle a récemment acheté pour 2 000 euros du matériel de peinture.

Elle vous explique qu'elle a pour mission de repeindre tous les murs de Paris en couleur pastels pour apporter paix et bonheur aux habitants de cette ville si morne et si triste, mais elle doit rester sur ses gardes car la concierge lui veut du mal, elle le sait car depuis une semaine cette dernière lui vole son courrier.

Madame D. n'a aucun antécédent psychiatrique personnel ou familial. Sur le plan médical, elle est traitée par corticoïdes depuis 3 semaines pour une anémie hémolytique auto-immune idiopathique.

---

1) Devant une anémie quels sont les deux premiers examens à demander ?

2) Quelles sont les principales causes d'anémies hémolytiques auto-immunes qui ont été éliminées ?

3) Faites l'analyse sémiologique complète de l'observation.

4) Quel est le diagnostic ?

5) Quelles sont les mesures à prendre en urgence ?

6) Quel est votre traitement ?

REPONSES

1) Devant une anemie quels sont les deux premiers examens à demander ?

- NFS pour le calcul du VGM
- Taux de réticulocytes pour étudier le caractère régénératif ou non de l'anémie.

2) Quelles sont les principales causes d'anémies hémolytiques auto-immunes qui ont été éliminées ?

- LED
- Infectieuse : mycoplasme
- Maladie des agglutinines froides
- Médicamenteuse
- Hématologiques : LLC

3) Faites l'analyse sémiologique complète de l'observation.

- Terrain : femme jeune
- Personnalité hyper thymique : hyperactivité, faible besoin de sommeil, instabilité.
- Syndrome maniaque : excitation psychomotrice, logorrhée, humeur joyeuse, facilité de raisonnement, insomnie
- Syndrome délirant aigu :
  - thèmes de grandeur (investie d une mission), de persécution (sa concierge lui veut du mal)
  - Mécanismes intuitif et interprétatif
  - Humeur congruente au délire
  - Relativement systématisé
  - Adhésion totale
- Iatrogénie probable : traitement par corticoïdes dont les délais sont concordants, absence d'antécédents personnels ou familiaux

4) Quel est le diagnostic ?

Manie délirante secondaire à une corticothérapie

5) Quelles sont les mesures à prendre en urgence ?

- Arrêt de la corticothérapie
- Sauvegarde de justice
- Hospitalisation en psychiatrie HDT si refus

6) Quel est votre traitement ?

- Hospitalisation en psychiatrie HDT si refus
- Sauvegarde de justice
- Arrêt de la corticothérapie
- Neuroleptiques sédatifs et anti-productif après ECG : HALDOL® + LARGATIL®.
- Après 48 H débuter thymo-régulateur THERALITHE® en l'absence de contre indication (bilan pré-thérapeutique).
- IMOVANE® au coucher
- Mise en pyjama (éviter les fugues)
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance
- Soutien à la famille
- Consultation hématologique pour prise en charge thérapeutique.

GRILLE DE CORRECTIONS N°50

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **15 points**	NFS	5
	calcul du VGM	5
	Taux de réticulocytes	5
QUESTION 2 : **15 points**	LED	3
	Infectieuse : mycoplasme	3
	Maladie des agglutinines froides	3
	Médicamenteuse	3
	Hématologiques : LLC	3
QUESTION 3 : **21 points**	Terrain : femme jeune	3
	Personnalité hyper thymique	2
	Syndrome maniaque	2
	excitation psychomotrice, logorrhée, humeur joyeuse facilité de raisonnement, insomnie	2
	Syndrome délirant aigu	2
	thèmes de grandeur, de persécution	2
	Mécanismes intuitif et interprétatif	2
	Humeur congruente au délire	2
	Relativement systématisé, adhésion totale	2
	Iatrogénie probable (corticoïdes)	2
QUESTION 4 : **10 points**	Manie délirante secondaire à une corticothérapie	10
QUESTION 5 : **12 points**	Arrêt de la corticothérapie	4
	Sauvegarde de justice	4
	Hospitalisation en psychiatrie HDT si refus	4
QUESTION 6 : **27 points**	Hospitalisation en psychiatrie HDT si refus	3
	Sauvegarde de justice	3
	Arrêt de la corticothérapie	3
	HALDOL® + LARGATIL®	3
	Après 48 H : THERALITHE®	3
	IMOVANE® au coucher	3
	Psychothérapie de soutien	3
	Soutien à la famille	3
	Consultation hématologique	3

DOSSIERS TRANSVERSAUX

DOSSIER 1

Mademoiselle E., sans aucun antécédent, vous est adressée pour troubles du comportement.

Après son échec au baccalauréat, elle est partie en vacances dans le sud avec sa meilleure amie. Elle qui était bien équilibré, de nature plutôt discrète, solitaire mais ouverte, a brutalement élargi son cercle de connaissances. Elle sortait tous les soirs en boîte de nuit se ventant le lendemain d'avoir eu de nombreuses aventures sexuelles avec des stars telles que Brad Pitt ou Johnny Depp. Elle ne compte pas repasser son bac car elle a de nombreuses propositions de films et sa carrière est assurée.

A ces phases d'exaltation, succèdent des moments de prostration profonde.

Elle vous décrit un phénomène d'écho dans sa tête, mais elle est surtout préoccupée par le fait qu'on essaye de lui voler ses pensées, cela l'angoisse beaucoup, mais elle sait que tant qu'elle ne dort pas, des voix bienveillantes la protègent. Elle s'est brouillée avec ses amis car ils veulent l'empêcher d'aller à Hollywood révéler sa vraie nature mais Dieu la soutient et c'est tout ce qui compte pour elle.

---

1) Quelles sont les 5 étiologies d'un état délirant aigu ?

2) Quel bilan faites-vous ?

3) Le bilan est négatif, quel est votre diagnostic principal ? Justifier.

4) Quel est votre traitement immédiat ?

5) Quels sont les facteurs de bon pronostic présents dans l'énoncé ? Quels sont les autres facteurs de bon pronostic de cette affection ?

6) Organisez-vous un suivi au décours ? Si oui pourquoi ?

REPONSES

1) Quelles sont les 5 étiologies d'un état délirant aigu ?

- Psychose aiguë : bouffée délirante aiguë
- Manie délirante
- Mélancolie délirante
- Exacerbation d'une psychose chronique
- Origine organique

2) Quel bilan faites-vous ?

Eliminer une étiologie organique :

- TDM cérébral, recherche de toxiques,
- Sérologie VIH avec accord de la patiente

Bilan des MST (nombreux rapports sexuels) :

- Sérologies VHB, VHC, VIH, syphilitique

β-HCG

3) Le bilan est négatif, quel est votre diagnostic principal ? Justifier.

Bouffée délirante aiguë

- Femme jeune sans antécédent
- Délire aigu brutal polymorphe
  - Thèmes : mégalomaniaque, mystique, d influence
  - Mécanismes : intuitif, interprétatif, hallucinatoire,
  - Automatisme mental
  - Participation affective intense
  - Fluctuation thymique très rapide

- Signes négatifs : absence d'antécédent psychiatrique

4) Quel est votre traitement immédiat ?

- Urgence thérapeutique
- Hospitalisation, HDT si refus
- Sauvegarde de justice si nécessaire
- Surveillance du risque suicidaire
- Association de 2 neuroleptiques sédatif et antiproductif IM
    - HALDOL® + LARGACTIL®

- Hypnotique au coucher : THERALENE®
- Psychothérapie de soutien
- Surveillance clinique et paraclinique de l efficacité et de la tolérance
- Soutien à la famille

5) Quels sont les facteurs de bon pronostic présents dans l'énoncé ? Quels sont les autres facteurs de bon pronostic de cette affection ?

Présents dans l'énoncé :

- Brutalité du début
- Existence d'un facteur déclenchant
- Personnalité antérieure bien adaptée
- Richesse du délire
- Importance des éléments thymiques

Les autres :

- Brièveté de l accès
- Bonne critique du délire
- Bonne réponse thérapeutique

6) Organisez-vous un suivi au décours ? Si oui pourquoi ?

Oui,

Car le risque majeur est l'évolution vers une schizophrénie

Suivi psychiatrique pendant 12 mois

GRILLE DE CORRECTIONS N°1
(sur 100 points)

QUESTION 1 : **15 points**	Psychose aiguë Manie délirante Mélancolie délirante Exacerbation d'une psychose chronique Origine organique	3 3 3 3 3
QUESTION 2 : **18 points**	Eliminer une organicité TDM cérébral recherche de toxiques sérologie VIH avec accord de la patiente sérologies VHB, VHC, VIH, syphilitique β-HCG	3 3 3 3 3 3
QUESTION 3 : **21 points**	Bouffée délirante aiguë Femme jeune sans antécédent Délire aigu brutal polymorphe Thèmes : mégalomaniaque, mystique, d'influence Mécanismes : intuitif, interprétatif, automatisme mental Participation affective intense Fluctuation thymique très rapide Absence d'antécédent psychiatrique	5 2 2 3 3 2 2 2
QUESTION 4 : **20 points**	Urgence thérapeutique, hospitalisation, HDT si refus Sauvegarde de justice si nécessaire Surveillance du risque suicidaire HALDOL® + LARGACTIL® THERALENE® Psychothérapie de soutien Surveillance clinique et paraclinique Soutien à la famille	2 2 2 4 4 2 2 2

QUESTION 5 : **16 points**	Brutalité du début	2
	Facteur déclenchant	2
	Personnalité antérieure bien adaptée	2
	Richesse du délire	2
	Importance des éléments thymiques	2
	Brièveté de l'accès	2
	Bonne critique du délire	2
	Bonne réponse thérapeutique	2
QUESTION 6 : **10 points**	Oui,	5
	Car risque d'évolution vers une schizophrénie	5

DOSSIER 2

Monsieur B., banquier à la retraite, est amené par sa femme pour troubles du comportement.

Il n'a aucun antécédent et ne prend aucun médicament.

Depuis quelques semaines elle le trouve triste, elle l'a même entendu pleurer à plusieurs reprises, lui qui allait si souvent au cinéma ne sort quasiment plus. Il a même refusé d'aller voir leur fille qui vient pourtant d'accoucher prétextant qu'il n'a plus d'enfant.

A l'examen, monsieur B. est sale, maigre et semble fatigué ; il vous confie qu'il est foutu, que ses intestins sont bouchés et qu'il na plus de cœur mais que vous ne pouvez rien pour lui car il est condamné à errer dans les ténèbres pour l'éternité.

---

1) Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

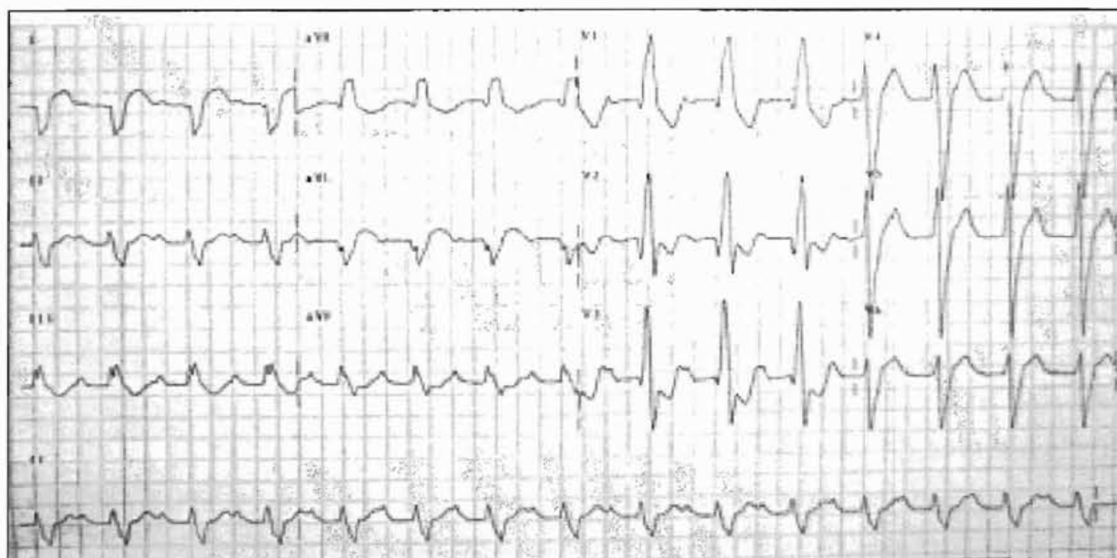
2) Quel est votre diagnostic ?

3) Faites vous un bilan paraclinique ? Si oui pourquoi ?

4) Analysez cet ECG. Quelle conclusion en tirez-vous ?

5) A ce jour, quel est le nombre de personnes de plus de 65 ans en France ?

6) Quel est le nombre par an, en France, de suicides dans cette catégorie de personnes ?



REPONSES

1) Faites l'analyse sémiologique de cette observation.

Syndrome dépressif :

- Troubles psychiques avec humeur dépressive, anhédonie, anesthésie affective incurie
- Douleur morale
- Troubles corporels : insomnie, amaigrissement

Syndrome délirant :

- Congruent à l'humeur.
- Thèmes corporels, négation d'organes.
- Syndrome de Cotard avec idées d'immortalité, de damnation, négation de l'individu.
- Mécanismes intuitif et interprétatif
- Systématisé.
- Adhésion totale au délire.

2) Quel est votre diagnostic ?

Syndrome de Cotard dans le cadre d'une mélancolie délirante

3) Faites vous un bilan paraclinique ? Si oui pourquoi ?

Oui,

Pour éliminer une dépression secondaire (sur ce terrain avec un syndrome démentiel en particulier)
Et pour rechercher une éventuelle contre-indication aux tricycliques (traitement de première intention)

4) Analysez cet ECG. Quelle conclusion en tirez-vous ?

- Rythme régulier sinusal
- Allongement du PR constant : BAV 1
- QRS élargi : Bloc de branche droit
- Axe à 180 donc hémibloc postérieur gauche (si bloc de branche droit seul axe à 90 -150)
- Au total bloc trifasciculaire
- C est une contre-indication aux tricycliques
- Indication de sismothérapies en urgence

5) A ce jour, quel est le nombre de personnes de plus de 65 ans en France ?

La France compte aujourd'hui 9 876 881 de personnes de plus de 65 ans.
Cette population augmentera de 31,1 % en 2030 contre 20,6 % en 2000

6) Quel est le nombre par an, en France, de suicides dans cette catégorie de personnes ?

Près de 3 000 suicides en France par an
La France figure en tête des pays européens pour le suicide des personnes âgées

GRILLE DE CORRECTIONS N°52
(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Syndrome dépressif	3
	Humeur dépressive, anhédonie, anesthésie affective	5
	incurie, douleur morale, insomnie, amaigrissement	4
	Syndrome délirant	3
	Congruent à l'humeur	3
	Thèmes corporels, négation d'organes	3
	Syndrome de Cotard	3
	Mécanismes intuitif et interprétatif	3
	Systématisé, adhésion totale au délire	3
QUESTION 2 : **15 points**	Syndrome de Cotard	5
	Dans le cadre d'une mélancolie délirante	10
QUESTION 3 : **20 points**	Oui,	10
	Pour éliminer une dépression secondaire	5
	Pour rechercher une contre-indication aux tricycliques	5
QUESTION 4 : **25 points**	Rythme régulier sinusal	5
	Allongement du PR constant : BAV	3
	QRS élargi : Bloc de branche droit	3
	Axe à 180 donc hémibloc postérieur gauche	3
	Au total bloc trifasciculaire	3
	Contre-indication aux tricycliques	3
	Indication de sismothérapies en urgence	5
QUESTION 5 : **5 points**	Environ 10 millions	5
QUESTION 6 : **5 points**	3 000 suicides	5

DOSSIER 3

Dans la suite du dossier 2 :

Après le retour de la salle de garde, vous reprenez le dossier de Monsieur B. banquier. Votre Chef de Clinique vous interroge sur la conduite que vous vous auriez adoptée devant le tableau clinique :

---

1) Quels sont les principes du traitement à instaurer ?

2) Le traitement est instauré, mais survient une amnésie lacunaire. Quelle est votre conduite à tenir ?

3) Le traitement est instauré, mais survient un syndrome confusionnel durable. Quelle est votre conduite à tenir ?

4) Quelles sont les contre-indications à ce type de traitement ?

5) Quel est le chiffre estimé de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France ?

6) Quelle est la proportion d'état démentiel dans la population de personnes de plus de 85 ans ?

REPONSES

1) Quels sont les principes du traitement à instaurer ?

- Hospitalisation en urgence en psychiatrie HDT si refus
- Inventaire à l'entrée et évaluation du risque suicidaire
- Bilan pré-sismothérapie en urgence :
  - ionogramme sanguin, NFS, plaquettes, TP, TCA, ECG, radio de thorax.
  - bilan dentaire, EEG standard de référence, TDM cérébral, bilan cognitif
- Accord du patient ou à défaut de la famille
- Information
- En urgence sismothérapie : 8 à 12 séances réparties 3 fois par semaine.
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance.
- Soutien à la famille.

2) Le traitement est instauré, mais survient une amnésie lacunaire. Quelle est votre conduite à tenir ?

Il s'agit d'un effet secondaire considéré comme le plus fréquent

Proposer alors de faire des électroconvulsivothérapies unilatérales

3) Le traitement est instauré, mais survient un syndrome confusionnel durable. Quelle est votre conduite à tenir ?

Il faut alors proposer d'espacer les séances de sismothérapie afin de réduire les troubles de la conscience

4) Quelles sont les contre-indications incontournables à ce type de traitement ?

Les contre-indications absolues sont l'hypertension intacrânienne et les contre-indications absolues à l'anesthésie générale

5) Quel est le chiffre estimé de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en France ?

On estime à 400 000 le nombre de personnes atteintes, en France, de la maladie d'Alzheimer. Hypothèse basse, car tous les malades ne sont pas diagnostiqués.

6) Quelle est la proportion d'état démentiel dans la population de personnes de plus de 85 ans ?

Cette proportion est proche de 25 %. (Tout type de démences confondues)

GRILLE DE CORRECTIONS N°3

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 35 points	Hospitalisation en HDT si refus	3
	Inventaire à l'entrée et risque suicidaire	4
	Ionogramme sanguin, NFS, plaquettes, TP, TCA	4
	ECG, radio de thorax	4
	Bilan dentaire	4
	EEG, TDM cérébral	4
	Accord du patient, information	4
	Sismothérapie : 8 à 12 séances	4
	Soutien à la famille	4
QUESTION 2 : 25 points	Effet secondaire fréquent	15
	Electroconvulsivothérapies unilatérales	10
QUESTION 3 : 10 points	Espacer les séances de sismothérapie	5
	Pour réduire les troubles de la conscience	5
QUESTION 4 : 20 points	Hypertension intacrânienne	10
	Contre-indications absolues à l'anesthésie générale	10
QUESTION 5 : 5 points	400 000	5
QUESTION 6 : 5 points	25 %	5

DOSSIER 4

Monsieur C., 40 ans, est amené aux urgences par la police, suite à des actes de vandalisme (il a détruit la voiture de monsieur M., son voisin de palier). Il a donné de nombreux coups de poings sur les vitres avant de la voiture et présente des plaies sur la main droite.

A l'examen on retrouve :

Une plaie de la face dorsale de la première phalange de l'index et une sur la deuxième phalange du majeur.

Sédaté, le patient plus calme, vous explique que monsieur M. est depuis trois ans l'amant de sa femme et il en a la preuve formelle. Tous les mardis, sa femme s'habille en rouge et rentre à 21 heures parce qu'elle a rendez-vous avec lui ce qui est logique puisque la voiture de monsieur M est rouge. Il a d'abord fait appel à un détective privé, mais a finalement préféré enquêter lui-même. Il a constitué tout un dossier prouvant cet adultère.

---

1) Quelles structures peuvent être lésées par les plaies ?

2) Quelle va être votre prise en charge pour la plaie de la main droite ?

3) Faites l'analyse sémiologique de ce texte.

4) Quel est votre diagnostic ?

5) Il vous demande d'emblée à être hospitalisé en psychiatrie, que lui proposez-vous alors comme type d'hospitalisation ?

6) Plus tard, il demande à obtenir son dossier médical. Quelles pièces essentielles allez-vous demander à ne pas faire figurer dans le dossier médical à transmettre ?

REPONSES

1) Quelles structures peuvent être lésées par les plaies ?

Pour l'index :

- Une plaie de la première phalange peut léser les bandelettes médianes de l'extenseur de l'index (elles s'insèrent sur la base de P2) ou le tendon de l'extenseur commun et propre de l'index qui s'insère sur la base de P1.

Pour le majeur :

- Une plaie de la deuxième phalange peut léser les bandelettes médianes qui s'insèrent sur la base de P2 ou les bandelettes terminales de l'extenseur commun qui s'insèrent sur la base de P3.

Pour les deux doigts, on peut également avoir une section des nerfs collatéraux radial ou ulnaire, des vaisseaux collatéraux. De plus il faut éliminer une fracture des phalanges ou des métacarpiens par une radiographie de la main droite de face et de profil.

2) Quelle va être votre prise en charge pour la plaie de la main droite ?

- Urgence chirurgicale
- A jeun, Pose d'une voie veineuse,
- Bilan pré-opératoire, consultation anesthésique
- Au bloc opératoire sous anesthésie loco-régionale ou générale, sous garrot pneumatique :
  - Exploration des plaies, nettoyage, ablation des corps étrangers
  - Suture des lésions tendineuses après fixation du cadre osseux en cas de fractures associées.
  - Fermeture après lavage abondant.
- Antibiothérapie intraveineuse probabiliste (ex. : Augmentin® (1g x 3/j) et Gentamycine (3 mg/kg/j) avant la chirurgie.
- Immobilisation en position de fonction.
- Contrôle radiologique en cas d'ostéosynthèse.
- Mise à jour du statut vaccinal contre le tétanos.
- Antalgiques.

3) Faites l'analyse sémiologique de ce texte.

Terrain : homme d'âge mûr

Délire chronique

- Thème : jalousie
- Mécanismes : intuitif et interprétatif
- Systématisation en secteur
- Adhésion totale
- Hétéro-agressivité et vandalisme

4) Quel est votre diagnostic ?

Délire chronique paranoïaque passionnel de jalousie.

5) Il vous demande d'emblée à être hospitalisé en psychiatrie, que lui proposez-vous alors comme type d'hospitalisation ?

Une hospitalisation d'office devant les troubles du comportement avec las actes hétéro-agressifs et le risque de récidive. En aucun cas peut-être proposé une hospitalisation libre qui se ferait de fait en milieu ouvert.

6) Plus tard, il demande à obtenir son dossier médical. Quelles pièces essentielles allez-vous demander à ne pas faire figurer dans le dossier médical à transmettre ?

Ne figure pas au dossier médical transmis : les certificats médicaux de H.O. et les arrêtés préfectoraux de placement

GRILLE DE CORRECTIONS N°4

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **20 points**	Bandelettes médianes de l'extenseur de l'index Le tendon de l'extenseur commun et propre de l'index Les bandelettes médianes Les bandelettes terminales de l'extenseur commun Nerfs collatéraux radial ou ulnaire Vaisseaux collatéraux Fracture des phalanges ou des métacarpiens	5 5 2 2 2 2 2
QUESTION 2 : **30 points**	Urgence chirurgicale Bilan pré-opératoire, consultation anesthésique Exploration des plaies, ablation des corps étrangers Suture des lésions tendineuses, fixation du cadre osseux Antibiothérapie intraveineuse Augmentin® (1g x 3/j) et Gentamycine (3 mg/kg/j) Immobilisation Contrôle radiologique Statut Vaccinal Contre Le Tétanos Antalgiques	3 3 3 3 3 3 3 3 3 3
QUESTION 3 : **25 points**	Délire chronique Thème : jalousie Mécanismes : intuitif et interprétatif Systématisation en secteur Adhésion totale Hétéro-agressivité et vandalisme Terrain	4 4 4 4 4 4 1
QUESTION 4 : **15 points**	Délire chronique Paranoïaque Passionnel de jalousie.	5 5 5
QUESTION 5 : **5 points**	• Une hospitalisation d'office. • Argumenter.	3 2
QUESTION 6 : **5 points**	Les certificats médicaux de H.O. et les arrêtés préfectoraux de placement	5

DOSSIER 5

Dans la suite du dossier 4 :

Toujours l'Externe de Monsieur C., vous reprenez le dossier après un tonus bien mouvementé.

Face à ce patient, l'Interne de garde semble lègerement perplexe, vous vous sentez alors capable de l'épauler.

---

1) Donner les 4 traits principaux de la personnalité sous jacente.

2) Monsieur C. refuse toute hospitalisation. Quelle mesure s'impose ?

Pourquoi ? Quelles sont les pièces nécessaires ?

3) Quel est votre traitement ?

4) Quel est le problème majeur à distance ?

5) Vous apprenez au cours de l'hospitalisation, que ce patient bénéficie d'un suivi socio-judiciaire pour des délits sexuels.

Qu'est-ce qu'un suivi socio-judiciaire ?

6) Qu'est-ce qu'une injonction de soins ?

REPONSES

1) Donner les 4 traits principaux de la personnalité sous jacente.

- Méfiance
- Surestimation de soi
- Psychorigidité
- Inadaptation sociale

2) Monsieur C. refuse toute hospitalisation. Quelle mesure s'impose ? Pourquoi ? Quelles sont les pièces nécessaires ?

Hospitalisation d'office (HO) selon l'article L3213 su code de la santé publique loi du 27 juin 1990.

Car trouble de l ordre de public et menace la sécurité des personnes
(HDT contre indiquée dans les délires paranoïaques).

Pièces nécessaires :

- Carte d'identité du patient
- Certificat médical par un médecin thésé et n'appartenant pas à la structure d'accueil.
- Arrêté préfectoral (préfet de police)

3) Quel est votre traitement ?

- Hospitalisation d'office
- Sauvegarde de justice si besoin
- Fouille et inventaire à l'entrée
- Neuroleptique sédatif et anti-délirant : soit HALDOL® (20 mg par jour) + LARGACTIL® (300 mg par jour) après bilan préthérapeutique très rapide
- Psychothérapie de soutien
- Pas de visite au début
- Surveillance de l'efficacité et de la tolérance
- Soutien à la famille

4) Quel est le problème majeur à distance ?

- La compliance au traitement, car le patient remet souvent en cause l'intérêt de prendre un traitement et à nouveau peut réapparaître une agravation des idées délirantes.

5) Vous apprenez au cours de l'hospitalisation, que ce patient bénéficie d'un suivi socio-judiciaire pour des délits sexuels.

Qu'est-ce qu'un suivi socio-judiciaire ?

C'est une obligation pour le condamné de se soumettre à des mesures de surveillance, d'assistance, et éventuellement de soin, destinées à prévenir la récidive.

Cette exécution est placée sous le contrôle du juge de l'application des peines

6) Qu'est-ce qu'une injonction de soins ?

Il s'agit de l'obligation de se soumettre aux examens, soins et traitements proposés.

GRILLE DE CORRECTIONS N°5

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **20 points**	Méfiance	5
	Surestimation de soi	5
	Psychorigidité	5
	Inadaptation sociale	5
QUESTION 2 : **30 points**	Hospitalisation d'office	5
	Car trouble de l ordre de public	5
	Carte d'identité du patient	5
	Certificat médical	5
	Médecin thésé, en dehors de la structure d'accueil	5
	Arrêté préfectoral (préfet de police)	5
QUESTION 3 : **30 points**	Hospitalisation d'office, sauvegarde de justice si besoin	5
	Inventaire à l'entrée	4
	HALDOL® + LARGACTIL® ; doses 5	5
	Psychothérapie de soutien	4
	Pas de visite	4
	Surveillance	4
	Soutien à la famille	4
QUESTION 4 : **10 points**	La compliance au traitement	5
	Réapparition d'idées délirantes.	5
QUESTION 5 : **5 points**	Obligation de se soumettre à des mesures de surveillance, d'assistance, et éventuellement de soin.	5
QUESTION 6 : **5 points**	Obligation de soins.	5

DOSSIER 6

Monsieur X. 30 ans se présente à votre consultation pour la première fois, accompagné par sa mère. Celle-ci vous apprend qu'il a vu de nombreux psychiatres depuis 10 ans et qu'on leur a parlé de «schizophrénie paranoïde». Il aurait reçu depuis de nombreux traitements dont aucun n'aurait été d'une grande efficacité.

---

1) Quels sont les grands principes du traitement de la schizophrénie ?

2) Après étude du dossier, vous décidez d'instaurer un traitement par clozapine leponex.

A- De quelle grande classe de médicament s'agit-il ?

B- Quels intérêts présentent ce traitement par rapport aux précédents déjà reçus ?

3) Quelle est la surveillance spécifique du traitement prescrit (détailler) ?

4) Après 3 semaines de traitement, le patient présente une hyperthermie à 40° avec frissons, crampes et arthralgies ainsi qu'une vive douleur à la déglutition. A l'examen vous décelez une angine ulcéro-nécrotique.

Une NFS de contrôle montre :

GR : 4,5 M/mm^3

Hb : 14 g/dl

Ht : 40 %

Leucocytes : 2 000/mm^3

P neutro : 2 %

P baso : 3 %

P eo : 0 %

LYMPHOCYTE 95 %

Monocytes :0 %

Plaquettes : 350 000/mm^3

Quel est votre diagnostic ?

5) Quel examen complémentaire confirme le diagnostic, comment le mettra-t-il en évidence ?

6) Quelle est votre conduite à tenir en urgence (hors bilan biologique et hors surveillance) ?

REPONSES

1) Quels sont les grands principes du traitement de la schizophrénie ?

Axe Psychothérapeutique :	de soutien au patient de soutien à la famille
Axe Sociothérapeutique :	prise en charge sur le secteur Allocations, aides financières, prise en charge à 100 % Travail en atelier protégé
Axe Chimiothérapeutique :	à débuter en hospitalisation Neuroleptique Surveillance adéquate

2) Après étude du dossier, vous décidez d'instaurer un traitement par clozapine leponex.

A- De quelle grande classe de médicament s'agit-il ?

Neuroleptique

B- Quels intérêts présentent ce traitement par rapport aux précédents déjà reçus ?

Efficace en cas de résistance aux neuroleptiques classiques
Effets extrapyramidaux moindres

3) Quelle est la surveillance spécifique du traitement prescrit (détailler) ?

Surveillance spécifique :

Clinique : Température, signes infectieux (angine...)

Biologique : numération formule sanguine préalable puis hebdomadaire pendant 18 semaines puis au minimum mensuelle. A reporter dans le carnet de surveillance obligatoire

Si fièvre, signes d infection ou leucopénie et/ou neutropénie contrôle 2 fois par semaine.

Arrêt immédiat si leucopenie / 3 000 / mm^3 et ou neutropénie / 1 500 / mm^3

4) Après 3 semaines de traitement, le patient présente une hyperthermie à 40° avec frissons, crampes et arthralgies ainsi qu'une vive douleur à la déglutition. A l'examen vous décelez une angine ulcéro-nécrotique.

Une NFS de contrôle montre :

GR : 4,5 M /mm3

Hb : 14 g/dl

Ht : 40 %

Leucocytes : 2 000 / mm^3

P neutro : 2 %

P baso : 3 %

P eo : 0 %

LYMPHOCYTE 95 %

Monocytes : 0 %

Plaquettes : 350 000 / mm^3

Quel est votre diagnostic ?

Agranulocytose aiguë iatrogène

5) Quel examen complémentaire confirme le diagnostic, comment le mettra-t-il en évidence ?

Myélogramme

Il montre :

- moelle riche
- Aplasie élective de la lignée granuleuse ou pseudo-blocage de la maturation au stade promyelocytaire
- autres lignées normales
- absence de corps d'Auer (Diagnostic differentiel de la LAM de type 3)
- plasmocytose médullaire modérée

6) Quelle est votre conduite à tenir en urgence (hors bilan biologique et hors surveillance) ?

Hospitalisation en urgence en hématologie
ARRET IMMEDIAT DU LEPONEX® : **si oubli : zéro au dossier**
Isolement
Asepsie rigoureuse
Bains de bouche, décontamination digestive

Biantibiothérapie : synergique, bactéricide à large spectre
intraveineuse
probabiliste
immédiatement après les Prélèvements (PMZ)
secondairement adaptée à l'antibiogramme

Contacter la pharmacovigilance
Contre-indication formelle au Leponex

Prise en charge psychiatrique : Instaurer un traitement par neuroleptique non hematotoxique
Psychothérapie de soutien

GRILLE DE CORRECTIONS N°6

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 15 points	Axe Psychothérapeutique	3
	Axe Sociothérapeutique	3
	Allocations, aides financières, prise en charge à 100 %	2
	Travail en atelier protégé	2
	Axe Chimiothérapeutique	3
	Neuroleptique	2
QUESTION 2 : 15 points	Neuroleptique	5
	Efficace si résistance aux neuroleptiques classiques	5
	Effets extrapyramidaux moindres	5
QUESTION 3 : 20 points	Surveillance spécifique : Température, signes infectieux	4
	Numération formule sanguine	4
	Pendant 18 semaines puis au minimum mensuel	4
	Carnet de surveillance obligatoire	4
	Arrêt immédiat si leucopenie et/ou neutropénie	4
QUESTION 4 : 10 points	Agranulocytose	5
	Aiguë	1
	Iatrogène	4
QUESTION 5 : 20 points	Myélogramme	8
	Moelle Riche	2
	Aplasie de la lignée granuleuse	2
	Pseudo-blocage de la maturation stade promyelocytaire	2
	Autres lignées normales	2
	Absence de corps d'Auer	2
	Plasmocytose Médullaire Modérée	2

QUESTION 6 : **20 points**	Hospitalisation en urgence en hématologie	2
	Arrêt du LEPONEX® **(0 au dossier si oubli)**	2
	Isolement, asepsie rigoureuse	1
	Bains de bouche, décontamination digestive	1
	Biantibiothérapie : synergique, bactéricide, large spectre	2
	Intraveineuse, après les prélèvements (PMZ)	2
	Secondairement adaptée à l antibiogramme	2
	Pharmacovigilance	2
	Contre-indication formelle au Leponex	2
	Prise en charge psychiatrique	1
	Neuroleptique Non Hematotoxique	2
	Psychothérapie de soutien	1

DOSSIER 7

Mllc X. 22 ans est amenée aux urgences par le SAMU pour hématémèse massive. A l'arrivée, elle ne vomit plus mais reste pâle et très angoissée.

Ses constantes : TA : 110/60, pouls : 106/mn, Température : 37,1°, Fréquence respiratoire : 18/mn.

---

1) Quelle est la conduite à tenir en urgence (sans la surveillance) ?

2) Vous la revoyez le lendemain matin, l'épisode aigu passé. A l'interrogatoire, elle vous avoue souffrir depuis plusieurs années de troubles de comportement alimentaire. Elle décrit des crises de boulimie dont elle souffre depuis plusieurs mois et qui la poussent à se faire vomir de nombreuses fois par jour.

   Qu'elle est l'étiologie et la physiopathologie de l'hémorragie digestive ?

3) Décrire brièvement la sémiologie de la crise de boulimie.

4) Quelles sont les complications organiques de la boulimie ?

5) Quelles sont les indications d'une hospitalisation dans cette pathologie ?

REPONSES

1) Quelle est la conduite à tenir en urgence (sans la surveillance) ?

Hospitalisation en urgence en UNITE DE SOINS INTENSIFS

Mise en condition :
Repos strict au lit
Sonde nasogastrique en aspiration douce ; lavage gastrique à l'eau glacée abondant
Ventilation : O2 nasale
Monitoring cardiotensionnel
Pose de 2 voies veineuses périphériques de gros calibre
Prélèvement : Groupe rhésus RAI (pas mis : zéro)
NFS Plaquettes

- Iono sang, urée, créat
- Glycémie
- TP TCA
- ASAT ALAT GGT PAL Bilirubine

Traitement symptomatique :
02 nasale fort débit
Rétablir la volémie : perfusion colloïde puis sang isogroupe isorhésus
Transfusion de culots globulaires selon tolérance clinique et ECG et taux d'hémoglobine

Traitement étiologique :
FIBROSCOPIE ŒSOGASTRODUODENALE à visée diagnostique et thérapeutique hors troubles de la conscience et après correction du choc
Pratiquer une hémostase locale endoscopique si saignement encore actif.

2) Vous la revoyez le lendemain matin, l'épisode aigu passé. A l'interrogatoire, elle vous avoue souffrir depuis plusieurs années de troubles de comportement alimentaire. Elle décrit des crises de boulimie dont elle souffre depuis plusieurs mois et qui la poussent à se faire vomir de nombreuses fois par jour.

Qu'elle est l'étiologie et la physiopathologie de l'hémorragie digestive ?

Syndrome de Mallory Weiss
Déchirement longitudinal fissuraire de 2 à 3 cm de long de la jonction œsogastrique provoquée par des efforts de vomissements intenses.

3) Décrire brièvement la sémiologie de la crise de boulimie.

Prodrome (lutte anxieuse) : angoisse, ennui, vide. Besoin impérieux d avaler des aliments avec ou sans sensation de faim. Lutte anxieuse contre ce besoin avec impossibilité de résister à la crise.

Fin de crise, malaise, culpabilité, vomissements

Accès boulimique (brutal, bref, intense) : prise de plaisir à l ingurgitation des aliments.

4) Quelles sont les complications organiques de la boulimie ?

Digestives : œsophagite, gastrite, reflux gastroœsophagien

A l'extrême Syndrome de Mallory Weiss, pancréatite aiguë

Pulmonaire : œdème aigu pulmonaire lésionnel, fausses-routes

Métaboliques : Déshydratation
Hypokaliémie
Alcalose métabolique

Altérations dentaires

Hypertrophie parotidienne

Obésité

Dysménorrhées aménorrhées

5) Quelles sont les indications d'une hospitalisation dans cette pathologie ?

Etat de mal boulimique (15 par jour)

Etat dépressif majeur

Tentative de suicide

Complication somatique

GRILLE DE CORRECTIONS N°7

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 25 points	Hospitalisation en urgence en USI	2
	Repos strict au lit	2
	Sonde nasogastrique ; lavage gastrique abondant	3
	Ventilation : O2 nasale	3
	Monitoring cardiotensionnel	2
	2 voies veineuses périphériques	2
	Prélèvement : Groupe rhésus RAI, bilan sanguin	2
	Rétablir la volémie : perfusion	2
	Transfusion de culots globulaires	2
	Fibroscopie OGD à visée diagnostique et thérapeutique	3
	Pratiquer une hémostase locale endoscopique si besoin	2
QUESTION 2 : 20 points	Syndrome de Mallory Weiss	5
	Déchirement longitudinal fissuraire	5
	de la jonction œsogastrique	5
	provoquée par des efforts de vomissements	5
QUESTION 3 : 15 points	Prodrome (lutte anxieuse)	3
	Besoin impérieux d'avaler des aliments avec ou sans sensation de faim	3
	Impossibilité de résister à la crise	3
	Fin de crise : malaise, culpabilité, vomissements	3
	Accès boulimique (brutal, bref, intense)	3
QUESTION 4 : 20 points	Œsophagite, gastrite, RGO	3
	Syndrome de Mallory Weiss	2
	Pancréatite aiguë	3
	OAP lésionnel, fausses-routes	3
	Déshydratation, hypokaliémie, alcalose métabolique	3
	Altérations dentaires, Hypertrophie parotidienne	3
	Obésité, Dysménorrhées aménorrhées	3
QUESTION 5 : 20 points	Etat de mal boulimique	5
	Etat dépressif majeur	5
	Tentative de suicide	5
	Complication somatique	5

DOSSIER 8

Monsieur Y. 68 ans, est hospitalisé ce jour en psychiatrie amené par son épouse. A l'entretien, vous êtes face à un homme figé, prostré. Il parle très peu d'un ton monocorde et d'une voix lente. Pour lui, la vie est foutue rien n'ira jamais mieux. D'après lui, il ne mérite pas de vivre, il ne comprend pas quel intérêt lui trouvent ses proches, pourquoi ils s inquiètent pour lui. «Je veux en finir et c'est tout»

Son épouse vous apprend qu'il passe ses journées au lit le regard figé, qu'il ne dort plus, refuse de s'alimenter même lorsqu'elle lui cuisine les plats qu'il aimait tant. Lui qui aimait tant lire, même son journal ne l'intéresse plus : «Je n'arrive pas à me concentrer.» Elle vous apprend enfin qu'il a déjà été hospitalisé en psychiatrie il y a 3 ans pour dépression et 2 fois depuis 2 ans pour «état maniaque». Il a toujours refusé de poursuivre un traitement au long cours. Sur le plan somatique, il ne présente aucun antécédent.

---

1) Faire l'analyse sémiologique précise du texte.

2) Quel est le diagnostic précis de l'épisode actuel ?

3) Quel est le diagnostic de la pathologie présentée par M Y. ?

4) Monsieur Y. est maintenant hospitalisé depuis 10 jours. Il est toujours alité et mutique. Ce matin, lors de la prise des constantes, l'infirmière a constaté une dyspnée avec polypnée à 32/mn associée à une tachycardie à 125/mn et une température de 38°5. La tension est à 90/50.

   A l'examen clinique, vous constatez une turgescence des jugulaires, un reflux hépatojugulaire et l'ECG vous montre un bloc de branche droit.

   Les gaz du sang : PA o2 : 65 mg PA Co2 : 30 mg

   Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifier.

5) Quel examen d'imagerie est à pratiquer en urgence en 1ère intention afin de confirmer le diagnostic ?

6) Par quelles mesures aurait-on pu éviter cet épisode ?

REPONSES

1) Faire l'analyse sémiologique précise du texte.

Terrain : Homme âgé de 68 ans Marié
Humeur dépressive, anhédonie, vision pessimiste de soi
Eléments mélancoliques : autodévaloristaion, culpabilité, incurabilité, desespoir

Ralentissement psychomoteur :
- Mimique figée ; amimie
- Ton monocorde, mutisme
- Gestes et voix ralenties ; apragmatisme
- Clinophilie
- Troubles de la concentration

Anxiété et angoisse

Retentissement somatique : sommeil
Alimentation
Libido

Idées suicidaires

2) Quel est le diagnostic précis de l'épisode actuel ?

Episode dépressif majeur à type de mélancolie

3) Quel est le diagnostic de la pathologie présentée par M Y. ?

Maladie maniaco-dépressive de type bipolaire (I)

4) Monsieur Y. est maintenant hospitalisé depuis 10 jours. Il est toujours alité et mutique. Ce matin, lors de la prise des constantes, l'infirmière a constaté une dyspnée avec polypnée à 32/mn associée à une tachycardie à 125/mn et une température de 38°5. La tension est à 90/50.

A l'examen clinique, vous constatez une turgescence des jugulaires, un reflux hépatojugulaire et l'ECG vous montre un bloc de branche droit.

Les gaz du sang : PA o2 : 65 mg PA Co2 : 30 mg

Quel est le diagnostic le plus probable ? Justifier.

Embolie pulmonaire grave

Terrain : homme âgé

Facteur de risque : alitement prolongé

Signes fonctionnels : dyspnée tachycardie

Signes biologiques : effet shunt

Signes de gravité signes de cœur pulmonaire aigu et bloc de branche droit à l'ECG

5) Quel examen d'imagerie est à pratiquer en urgence en 1ère intention afin de confirmer le diagnostic ?

Angioscanner spiralé

6) Par quelles mesures aurait-on pu éviter cet épisode ?

Prévention de la phlébite

Lutte contre l'alitement (levée précoce, kiné)

Anticoagulation préventive

Surveillance clinique quotidienne (palper les mollets)

GRILLE DE CORRECTIONS N°58

(sur 100 points)

QUESTION 1 : **30 points**	Terrain	2,5
	Humeur dépressive (2,5), anhédonie (2,5), pessimisme	2,5 – 2,5
	Eléments mélancoliques : autodévaloristaion, culpabilité, incurabilité, desespoir	5
	Ton monocorde, mutisme, apragmatisme, amimie (2,5) clinophilie, troubles de la concentration (2,5)	2,5 – 2,5
	Anxiété et angoisse	2,5
	Retentissement somatique	5
	Idées suicidaires	5
QUESTION 2 : **15 points**	Episode Dépressif	5
	majeur	5
	à type de mélancolie	5
QUESTION 3 : **13 points**	Maladie maniaco-dépressive	10
	de type bipolaire	3
QUESTION 4 : **22 points**	Embolie pulmonaire grave	5
	Terrain : homme âgé	1
	Facteur de risque : alitement prolongé	5
	Dyspnée tachycardie	1
	Signes biologiques : effet shunt	5
	Signes de cœur pulmonaire aigu	2,5
	bloc de branche droit à l'ECG	2,5
QUESTION 5 : **10 points**	Angioscanner spiralé	10
QUESTION 6 **10 points**	Prévention de la phlébite	2,5
	Lutte contre l'alitement	2,5
	Anticoagulation préventive	2,5
	Surveillance clinique quotidienne	2,5

DOSSIER 9

Vous recevez en consultation Mlle B. 14 ans, accompagnée par sa mère. Mlle B. a perdu 15 Kg depuis 4 mois et pèse actuellement 38 Kg (Taille : 1 m 65). Cette dernière ne comprend pas pourquoi sa mère l'a amenée ici. «Oui je fais un régime, mais vous voyez bien que je suis grosse, que je dois encore perdre des kilos et puis je ne veux pas devenir obèse comme ma mère !»

Vous apprenez que cette fille unique est non seulement la 1ère de sa classe mais qu'elle est aussi championne départementale de tennis. Par ailleurs depuis quelques mois elle s'impose 1 heure de natation quotidienne. Depuis cette même période les «virées» au centre commercial avec ses copines ont cessé elle ne voit d ailleurs ces derniers qu'à l'école depuis lors. Elle n a pas de petit copain et cela ne l'intéresse pas.

Son alimentation est réduite au strict minimum : salade, fromage blanc 0 %, pommes et blanc de poulet le week-end. Toutefois elle semble prendre beaucoup de plaisir à cuisiner de succulents gâteaux pour sa famille.

Sur le plan somatique, elle avoue une aménorrhée depuis 4 mois ce dont elle semble plutôt satisfaite mais se plaint d avoir la peau sèche et d avoir plus de duvet sur le visage alors que ses cheveux ont tendance à tomber.

Sa fréquence cardiaque est de 40/mn et sa tension artérielle à 100/60.

---

1) Faire l'analyse sémiologique de ce texte

2) Quel est votre diagnostic précis ?

3) Vous pratiquez un bilan standard et un ECG : rapportant une hypokaliémie

Quels ont les signes ECG de l hypokaliémie ?

4) Quelle est la prise en charge de cette pathologie ?

5) Quelle est l'évolution de cette affection psychiatrique ?

REPONSES

1) Faire l'analyse sémiologique de ce texte

Terrain : jeune adolescente

TRIADE DES 3 A :
Anorexie : restriction alimentaire volontaire avec lutte contre la faim
Sélection alimentaire
Amaigrissement : plus de 25 % du poids du *corps*
Aménorrhée secondaires

Conséquences physiques : peau sèche, chute des cheveux, lanugo.
Bradycardie, hypotension
Déni de la maigreur, altération de l image de son corps, dysmorphophobie
Pensées obsédantes autour de l'alimentation
Hyperactivité motrice et intellectuelle
Isolement social et appauvrissement des contacts sociaux
Absence de plainte psychiatrique.

2) Quel est votre diagnostic précis ?

Anorexie mentale essentielle de la jeune fille

3) Vous pratiquez un bilan standard et un ECG : rapportant une hypokaliémie. Quels ont les signes ECG de l hypokaliémie ?

Troubles de la repolarisation ventriculaire diffus
Aplatissement voire négativation des ondes T
Apparition d'ondes U
T-U aspect de double bosse positive ou diphasique
Sous décalage du st en cupule à concavité supérieure
Pseudo allongement de ST

Trouble du rythme supraventriculaire
Extrasystoles Tachycardie Tachysystolie auriculaire AC/FA

Trouble du rythme ventriculaire
ESV tachycardie ou fibrillation ventriculaire
Torsade de pointe

4) Quelle est la prise en charge de cette pathologie ?

Hospitalisation en pédopsychiatrie
si possible avec accord de la patiente

Contrat de poids : objectifs de poids
Isolement de la famille et des amis
Surveillance du BMI ; pesée hebdomadaire et éventuelle pesée surprise
Rééducation alimentaire
Temps de repos après les repas

Correction de l hydratation et de l équilibre hydroélectrique

Entretien familial
Psychothérapie individuelle de soutien
Surveillance
Si décompensation dépressive, traitement antidépresseur à instaurer

5) Quelle est l'évolution de cette affection psychiatrique ?

1/3 Guérison
1/3 Evolution chroniques des troubles
1/3 formes grave (5 % de décès)

Isolement social, invalidité scolaire et affective
Boulimie
Rechutes fréquentes
Décompensations psychiatriques (dépression, conduites addictives…)
Décompensation médicale

GRILLE DE CORRECTIONS N°9

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 32 points	Jeune adolescente	1
	Anorexie, sélection alimentaire	5 – 1
	Amaigrissement	5
	Aménorrhée secondaire	5
	Conséquences physiques	4
	Déni de la maigreur, dysmorphophobie	2 – 2
	Obsessions alimentaires	2
	Hyperactivité motrice et intellectuelle	2
	Isolement social	2
	Absence de plainte psychiatrique	1
QUESTION 2 : 15 points	Anorexie mentale	5
	essentielle	5
	de la jeune fille	5
QUESTION 3 : 15 points	Troubles de la repolarisation ventriculaire diffus	1,5
	Aplatissement voire négativation des ondes T	1,5
	Apparition d'ondes	1,5
	T-U aspect de double bosse positive ou diphasique	1,5
	Sous décalage du ST en cupule à concavité supérieure	1,5
	Pseudo-allongement de ST	1,5
	Extrasystoles Tachycardie Tachysystolie auriculaire AC/FA	1,5 – 1,5
	ESV tachycardie ou fibrillation ventriculaire	1,5
	Torsade de pointe	1,5

QUESTION 4 : **18 points**	Hospitalisation en pédopsychiatrie	1
	Contrat de poids et isolement de la famille, des amis	5
	Surveillance du BMI ; pesée régulière	2
	Rééducation alimentaire	1
	Hydratation et équilibre hydroélectrique	4
	Entretien familial	2,5
	Psychothérapie individuelle de soutien	2,5
QUESTION 5 : **20 points**	1/3 Guérison	5
	1/3 Evolution chroniques des troubles	5
	1/3 formes grave	5
	Isolement social, invalidité scolaire et affective	1
	Boulimie, rechutes fréquentes	1
	Décompensations psychiatriques	2
	Décompensation médicale	1

DOSSIER 10

Vous recevez Monsieur F. 40 ans, amené par sa sœur dans un accoutrement clownesque. Il a une manière de s'exprimer étrange, de temps en temps sa voix s'éteint progressivement et son sourire vous met très mal à l'aise.

Il pense qu'il est poursuivi par le FBI qui veut l'éliminer car ils ont découvert qu'il est le grand chef des extraterrestres ; «Ils veulent faire de moi un martyr mais ils ne m auront pas, Dieu m a promi toute son aide».

Tout a commencé au cours d un séjour à New York il y à 7 mois. Il a même anticipé son retour de peur qu'ils réussissent à l attraper, mais cela n'a rien changé, ils l'ont poursuivi jusqu'ici et sont partout maintenant. Dans la rue, il a bien remarqué que tout le monde l'observe et il entend les gens prononcer son nom sur son passage. Même la télévision parle de lui sans arrêt. Encore hier soir au journal télévisé de 20 heures, on a parlé de lui il en est sûr. De toutes les manières, ils ont réussi à s immiscer en lui ; ils devinent ce qu'il pense, ils diffusent même ses pensées par le satellite et il entend bien leurs voix lui parler.

Sa sœur vous apprend qu'il vit très isolé, sans travail ni ami dans la plus grande insalubrité et qu'il se passionne depuis son adolescence pour l'astrologie et les extraterrestres. Il aurait été hospitalisé à plusieurs reprises pour délire et reçoit depuis des années un traitement par AVK pour une valvulopathie ce pourquoi il est bien suivi.

Il refuse tout soin affirmant que le fou c'est vous et que vous faites partie du complot du FBI.

---

1) Faire l'analyse sémiologique du syndrome délirant présenté dans ce texte.

2) Quel est votre diagnostic précis ?

3) Quelle est votre prise en charge initiale (sans la surveillance) ?

4) Quels sont les éléments de la prise en charge au long cours ?

5) Après 1 semaine de traitement, l'infirmière vous appelle car M. F. présente un trismus. Quel est votre diagnostic et quel est votre traitement ?

REPONSES

1) Faire l'analyse sémiologique du syndrome délirant présenté dans ce texte.

Délire paranoïde

Ancienneté : chronique car supérieur à 6 mois

Thème : polythématiques

Syndrome d'influence, persécution ; mégalomanie, mysticisme

Mécanismes multiples : intuition, hallucinations auditives, automatisme mental, interprétation, imagination

Structure : non structuré, non systématisé

Affects : variables et inadaptés, angoisse majeure

Adhésion : totale

2) Quel est votre diagnostic précis ?

Schizophrénie paranoïde

3) Quelle est votre prise en charge initiale (sans la surveillance) ?

Hospitalisation sous contrainte (HDT selon l'article L3212.1)

Bilan clinique et paraclinique précis afin d éliminer une organicité et contrôler son INR

Traitement médicamenteux per os :

Neuroleptique antiproductif (haldol) et neuroleptique sédatif (largactil)

Correcteur anticholinergique en si besoin

Poursuivre le traitement par AVK

Contre-indication aux intramusculaires

Psychothérapies de soutien

Surveillance

4) Quels sont les éléments de la prise en charge au long cours ?

Axe chimiothérapeutique :

Contre-indication formelle aux intramusculaires

Traitement médicamenteux au long cours par neuroleptiques per os

Correcteur anticholinergique si besoin

Suivi par le médecin généraliste ou le cardiologue de sa valvulpathie et de son traitement anticoagulant

Axe Psychothérapeutique :

Psychothérapie de soutien

Axe Sociothérapeutique :

Prise en charge sectorisée : consultations régulières et visites à domicile

hôpital de jour, atelier protégé

Allocation,100 %,

Mesure de protection des biens

5) Après 1 semaine de traitement, l'infirmière vous appelle car M. F. présente un trismus. Quel est votre diagnostic et quel est votre traitement ?

Dyskinésie aiguë aux neuroleptiques

En urgence : traitement correcteur anticholinergique : lepticur : 1 ampoule à boire, à renouveler si nécessaire

Per os

Rassurer le patient

Benzodiazepine myorelaxante (rivotril)

(Zéro au dossier si traitement proposé en intramusculaire)

GRILLE DE CORRECTIONS N°10

(sur 100 points)

QUESTION 1 : 25 points	Délire paranoïde	5
	Chronique	2,5
	Polythématiques	2,5
	Syndrome d'influence, persécution ; mégalomanie	2,5
	Intuition, hallucinations auditives	2,5
	Automatisme mental, interprétation, imagination	2,5
	Non systématisé	2,5
	Angoisse majeure	2,5
	Adhésion totale	2,5
QUESTION 2 : 15 points	Schizophrénie	10
	Paranoïde	5
QUESTION 3 : 20 points	Hospitalisation HDT selon l'article L3212.1	5
	Bilan clinique et paraclinique avec INR	2
	Traitement médicamenteux per os	2
	Haldol et largactil	3
	Poursuivre le traitement par AVK	3
	Contre-indication aux intramusculaires	2,5
	Psychothérapies de soutien	2,5
QUESTION 4 : 20 points	neuroleptiques per os	2
	Suivi par le médecin généraliste ou le cardiologue	5
	Psychothérapie de soutien	5
	Prise en charge sectorisée : consultations et VAD	3
	Hôpital de jour, atelier protégé	2
	Allocation,100 %, mesure de protection des biens	3
QUESTION 5 : 20 points	Dyskinésie aiguë aux neuroleptiques	10
	Lepticur	5
	Per os	3
	Rassurer le patient	3
	(rivotril)	1

COMMENTAIRES DE PSYCHIATRIE GENERALE

DIVERS

- **Retard mental** : le QI normal d'une personne est supérieur à 70
- **LARGACTIL** : savoir qu'il appartient à la classe des Phénothiazines
- **Encoprésie** : on en parle après l'âge de trois ans
- **Carbamates (Equanil)** : une intoxication entraîne une hypotension très importante (inférieur à 70 mmHg)
- **Alcoolisme** : l'épilepsie dans le cadre d'un alcoolisme ne se manifeste que par des crises convulsives généralisées
- **Drogues** : les plus hallucinogènes sont :
  - Le LSD
  - La Cocaïne
  - (le Haschisch)
- **Enurésie** : l'énurésie a un bon pronostic
- **HALDOL** : le premier effet secondaire à survenir est la dyskinésie
- **Terreurs nocturnes** : surviennent au cours du sommeil lent : stades 3 et 4
- **Tics et névrose obsessionnelle** sont souvent associés
- **Neuroleptiques** :
  - Ils ont une action sous-corticale
  - L'effet responsable de l'action antipsychotique est le blocage des récépteurs à la Dopamine
  - Avant une prescription par neuroleptiques, on peut se contenter de simplement faire un examen clinique
  - Forme retard : Piportil L4, Moditen retard, Modecate, Haldol decanoas
  - Ils agissent sur les voies :
    - * nigro-striées
    - * méro-limbique
    - * méro-corticale
    - * infundibulo-tubérienne

- **Athymhormie** : absence d'élan vital : se rencontre dans la schizophrénie et dans des formes de démences séniles
- **Psychotropes** : parmi les psychotropes, on rencontre les amphétamines, le KAT, la cocaïne
- **Sectorisation psychiatrique** : elle respecte le libre choix du patient
- **Attaque de panique** : elle peut évoluer vers une guérison, vers une agoraphobie
- **Sauvegarde de justice** : celle-ci ne prive pas le sujet de son droit de vote
- **HALDOL** :
  - Gttes à 2 % : 1 mg/ml
  - Gttes à 2 pour mille : 1 mg/10 ml
  - (1 gtte égal à 1 ml)
- **LAROXYL** : peut être proposé en traitement de fond de la migraine
- **Développement psychomoteur** :
  - Pince pouce-index : vers 10-14 mois
  - Le mot «je» : vers 3 ans
  - Habillage : vers 4,5-5 ans